

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität Marburg/Lahn
Direktor: Prof. Dr. H. Stutte

UNTERSUCHUNGEN ZUR PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR
UND ZUR FAMILIÄREN SITUATION VON KINDERN
ENDOGEN-DEPRESSIVER ELTERN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

CHRISTIAN METHNER
aus Erlangen

Marburg 1974

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität Marburg/Lahn
Direktor: Prof. Dr. H. Stutte

UNTERSUCHUNGEN ZUR PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR
UND ZUR FAMILIÄREN SITUATION VON KINDERN
ENDOGEN-DEPRESSIVER ELTERN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg


vorgelegt von

CHRISTIAN METHNER

aus Erlangen

Marburg 1974

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität
Marburg am: 13. 3. 74

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. H. Oepen

Referent: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt

Korreferent: Prof. Dr. H. Jacob

Abkürzungsverzeichnis

1. Abkürzungen und Schreibweisen

1.1. Die Abkürzungen

1.1.1. Deutsche Schreibweisen

1.1.2. Englische Schreibweisen

Seite

Gewidmet meinem verehrten Lehrer, Herrn
Prof. Dr. med. H. Stutte.

2. Abkürzungen und Schreibweisen

2.1. Die Abkürzungen

2.2. Die Schreibweisen

2.2.1. Deutsche Schreibweisen

2.2.2. Englische Schreibweisen

2.2.3. Lateinische Schreibweisen

2.2.4. Griechische Schreibweisen

2.2.5. Arabische Schreibweisen

2.2.6. Indische Schreibweisen

2.2.7. Chinesische Schreibweisen

2.2.8. Japanische Schreibweisen

2.2.9. Koreanische Schreibweisen

2.2.10. Vietnamesische Schreibweisen

3. Abkürzungen

3.1. Deutsche Abkürzungen

3.2. Englische Abkürzungen

3.2.1. Deutsche Abkürzungen

3.2.2. Englische Abkürzungen

3.3. Lateinische Abkürzungen

3.3.1. Deutsche Abkürzungen

3.3.2. Englische Abkürzungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Literaturübersicht

1.1. Zum Anlage-Umwelt-Problem

1.1.1. Genetische Betrachtungsweise

1.1.2. Milieutheoretische Betrachtungsweise

1.1.3. Wechselwirkungshypothese

1.2. Zur familiären Situation von Kindern depressiver Eltern

1.3. Katamnestische Aspekte und Frage der prämorbidem Persönlichkeit

2. Untersuchte Stichprobe und Methodik

2.1. Stichprobe

2.2. Methodik

2.2.1. Symptomenkatalog

2.2.2. Fragebogen zur familiären Situation

2.2.3. Schema zur Objektivierung der sozialen Schichtzugehörigkeit

2.2.4. Familienstrukturverfahren

2.2.5. Intelligenztest (WIP)

2.2.6. MMPI - Test

3. Ergebnisse

3.1. Sozialer Hintergrund

3.2. Familiärer Hintergrund

3.2.1. Besondere Familienkonstellationen

3.2.2. Haltung des Ehepartners

3.3. Daten zur Depression des kranken Elternteils

3.3.1. Erbliche Belastung

3.3.2. Geburt der Kinder und Stadium
der depressiven Erkrankung eines
Elternteils

3.3.3. Befinden des kranken Elternteils
zum Zeitpunkt des Besuchs

3.4. Ergebnisse mit dem Familienstrukturverfahren

3.5. Ergebnisse im Intelligenztest

3.6. Ergebnisse im MMPI - Test

3.6.1. Vergleich unserer Stichprobe mit
verschiedenen Kontrollgruppen

3.6.2. Vergleich der Profile von Kindern
"monopolar" und Kindern "bipolar"
erkrankter Eltern

4. Diskussion

5. Zusammenfassung

Literaturverzeichnis

Anhang

1.) Alle Fragebogen

2.) T-Werte der MMPI-Skalen für alle 47 Probanden

1. Einleitung und Literaturübersicht

Zurückgehend auf F r e u d (1938) und seit den grundlegenden Beobachtungen von S p i t z (1946) E r i k s o n (1950) und B o w l b y (1952) hat man immer stärker den prägenden Einfluß der frühen Mutter-Kind-Beziehungen auf die Persönlichkeitsstruktur des Heranwachsenden betont. S p i t z konnte bestimmte pathogene mütterliche Verhaltensweisen zu kindlichen Störungen direkt in Beziehung setzen. Er beobachtete, wie auf Seiten der Mutter kurzschlängiges Oszillieren zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit beim Säugling Hypermotilität (Schaukeln) zur Folge hatte und wie zyklische Stimmungsverschiebungen durch Koprophagie beantwortet wurden. E r i k s o n spricht vom Urvertrauen, das abhängig ist von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung. B o w l b y führt aus, daß die Entwicklung eines Kindes fast immer verzögert verläuft, wenn es die Betreuung der Mutter entbehren mußte - und zwar sowohl physisch, intellektuell und sozial - , und daß Symptome körperlicher oder seelischer Krankheit auftreten können.

Ausgehend von den Erkenntnissen über die psychischen Wechselwirkungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen ist es interessant zu untersuchen, welche Spuren die Psychose eines Elternteiles, insbesondere der Mutter im seelischen Gefüge des Kindes hinterlassen. A n t h o n y und K a h a n a (1972) weisen daraufhin, daß vom psychohygienischen Standpunkt gesehen Kinder psychotischer Eltern eine Risikogruppe darstellen. Auch wenn man in Rechnung stellt, daß Auffälligkeiten bei Kindern psychotischer Eltern in genetischen Einflüssen ihre Erklärung finden können, ist es doch lohnend, den Anteil reaktiver,

milieubedingter Faktoren zu analysieren, und gegebenenfalls Schwerpunkte zu setzen.

- 1.1. Das Problem : Depression durch Anlage oder Umwelt ist einer der Aspekte, den die vorliegende Arbeit berührt, der aber nicht zum zentralen Thema erhoben werden soll.
- 1.2. Das Hauptgewicht der Arbeit liegt in der Untersuchung und Beschreibung der psychischen Situation von Kindern, die in einem Milieu aufwachsen, das durch die endogene Depression eines Elternteiles mitbestimmt wird. Pointiert ausgedrückt : in welchem Umfang kann die elterliche Depression Wegbereiter einer seelischen Fehlentwicklung für das Kind sein?
- 1.3. Schließlich kann wertvolles Material geliefert werden für katamnestische Untersuchungen mit dem Ziel, prämorbid Persönlichkeitsveränderungen bei später eventuell manifest gewordenen Depressionen zu entdecken.

Zu den einzelnen Punkten soll im folgenden eine Literaturübersicht gegeben werden.

- 1.1. Versucht man das Anlage-Umwelt-Problem aufzuschlüsseln, so kommt man zur folgenden groben Unterteilung :
 - 1.1.1. Genetische Betrachtungsweise: Frage der Wirksamkeit von Erbfaktoren.
 - 1.1.2. Milieutheoretische Betrachtungsweise: Auswirkungen psychosozialer Einflüsse im weitesten Sinne.
 - 1.1.3. Annahme der Wechselwirkung zwischen beiden.

zu 1.1.1. Genetische Betrachtungsweise :

Die Frage der Wirksamkeit von Erbfaktoren ist recht gründlich untersucht worden. Die Arbeiten

von S l a t e r (1938,1953), S c h u l z (1940,1951), E l s ä s s e r (1952), K a l l m a n n (1952), S t e n s t e d t (1952,1969), L a n g e (1967) und Z e r b i n - R ü d i n (1968,1971) lassen keinen Zweifel an ihrem Vorhandensein. Die Ergebnisse der Zwillingsforschung und ein neuerdings von W e n d e r (1972) angestellter Vergleich zwischen Kindern biologisch kranker Eltern und solchen, die von gesunden Adoptiveltern großgezogen wurden, sind eindeutige Beweise für die maßgebliche Rolle, die genetische Faktoren bei der Ätiologie von endogenen Psychosen spielen. Nach L a n g e (1967) erkranken eineiige (=erbgleiche) Zwillinge konkordant etwa viermal häufiger als zweieiige (= erbverschiedene) an affektiven Psychosen.

Interessanterweise beweisen aber gerade die Zwillingsbefunde, daß die genetische Hypothese zur Erklärung der Ätiologie der endogenen Psychosen nicht ausreicht. Nach Z e r b i n - R ü d i n (1971) schwankt die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen zwischen 50% bis höchstens 75%. Sie erreicht somit 100% auch nicht annähernd, trotz des gleichen Erbgutes. Am Zustandekommen einer manifesten Psychose müssen demzufolge auch nicht-genetische Faktoren beteiligt sein.

Andere erbbiologische Studien haben gewichtige Hinweise für die Bedeutung psychosozialer Faktoren ergeben. Zum Beispiel fand S t e n s t e d t (1969) unter den Geschwistern von manisch-depressiven Kranken ein unterschiedliches Morbiditätsrisiko in Abhängigkeit vom Kindheitsmilieu : bei ungünstigen Umweltbedingungen 25,9%, bei günstigen 9,0 % ($p < 0,001$).

Sch a r f e t t e r (1971) betont das Zusammenwirken von Erbe und Umwelt für die Entstehung endogener Psychosen.

Man kann schon jetzt vorwegnehmen, daß bei der Frage der Ätiologie von endogenen Psychosen heute mit Sicherheit von einer Wechselwirkung von Anlage und Umwelt ausgegangen werden muß.

zu 1.1.2. Milieutheoretische Betrachtungsweise

M a t u s s e k, H a l b a c h und T r o e g e r (1965) haben in sehr detaillierten Analysen vorwiegend die lebensgeschichtlichen Einflüsse auf Manifestationstermin und Ausgestaltung der endogenen Depression untersucht. Sie fanden bei Frauen die meisten Erkrankungen im dritten und Beginn des vierten Jahrzehnts, während Männer hauptsächlich im fünften Jahrzehnt erstmals erkrankten. Dies sind aber nicht biologische Krisenzeiten, sondern jene Lebensabschnitte, die entwicklungspsychologisch durch eine besondere Forderung zur "ichhaften Umstrukturierung" gekennzeichnet sind. Bei Männern ist es die Situation der Lebenswende (Überschreiten des beruflichen Höhepunktes), bei Frauen vorwiegend die mit Ehe und Familie zusammenhängenden Probleme (Frage der Heirat, der Kinderlosigkeit und des Klimakteriums bei Ledigen, bei Verheirateten Selbständigwerden der Kinder und Verlust einer Umwelt, die bisher ihrem Leben den Inhalt gegeben hat.)

Entsprechende Beobachtungen machte P a u - l e i k h o f f (1959), der als weitere situative Ereignisse außer Heirat der Kinder

bzw., deren Fortgehen aus dem Elternhaus Wohnungswechsel und Entbindung häufig mit dem Beginn einer endogen-depressiven Phase zusammentreffen sah. Auch D e y k i n (1966) berichtet in seiner Arbeit "the empty nest", daß an der Klinik in Massachusetts häufig eine Beziehung zwischen klinischer Depression und dem Ende der Versorgung der Kinder gefunden wurde, begleitet von offenen oder latenten Konflikten mit den Kindern.

S c h i e d und T ö l l e (1972) untersuchten zwei Familien mit starker Häufung von manisch-depressiven Erkrankungen auf manifestationsfördernde psychodynamische und soziodynamische Bedingungen. Sie fanden einige für alle Familienmitglieder typische Merkmale wie Ordentlichkeit, Fleiß, Pflichtgefühl, Pedanterie, hohe Leistungsansprüche und bei den Erkrankten einige charakteristische Erlebnisse wie drohenden oder tatsächlichen Verlust nahestehender Personen durch Heirat, Ehebruch, Krankheit oder Tod. Weiterhin wurde die Tendenz beobachtet, einmal übernommene familiäre oder soziale Rollen zwanghaft beizubehalten. Die Aufgabe alter und Übernahme neuer Rollen standen häufig als auslösende Momente am Beginn einer depressiven Phase. Diese Beobachtungen decken sich weitgehend mit den vorgenannten.

K o r n h u b e r (1955) meint, daß reaktive Depressionen sich unter der Wirkung von seelischen Dauerbelastungen langsam verfestigen, während cyclothyme Phasen sehr häufig plötzlich, durch akut-nachhaltige Ereignisse ausgelöst werden.

Als gravierende soziale Einflüsse im Zusammenhang mit der Entstehung depressiver Zustandsbilder sind diskutiert worden :

frühzeitiger Verlust der Eltern, Störungen der Mutter-Kind-Beziehung (insbesondere Entzug der Mutter durch Trennung der Eltern oder durch Tod), Bedeutung der sozialen Schicht der Eltern. Brown (1961), Beck, Sethi und Tut-hill (1963), Forrest, Fraser und Priest (1965) sahen solche Beziehungen bei frühzeitigem Verlust der Eltern. Es muß jedoch eingeschränkt werden, daß es sich nicht regelmäßig um endogen-Depressive handelte, sondern auch reaktive Depressionen einbezogen waren.

Munro (1964, 1966) fand, daß endogen-Depressive häufiger einen Elternteil durch Tod vor dem 16. Lebensjahr verloren hatten, als neurotisch-Depressive. Er konnte nicht nachweisen, daß der Tod der Mutter bedeutungsvoller war, als der Tod des Vaters und es sprach nichts dafür, daß ein Kind mehr für eine Depression disponiert war, wenn die Mutter schon in der frühen Kindheit gestorben war. Im Vergleich zu neurotisch-Depressiven waren die Beziehungen zu Vater und Mutter während der Kindheit bei den endogen-Depressiven signifikant stärker gestört. Die beiden wichtigsten Faktoren schienen übermäßige Strenge und Gewohnheitstrinken zu sein. Munro bestätigt also die Beteiligung psychogener Faktoren bei der Genese endogener Depressionen, schwächt aber die Bedeutung sozialer Faktoren, insbesondere des Deprivationserlebnisses ab.

Schließlich sei noch auf eine interessante Arbeit von v. Dittfurth (1960) hingewiesen, der die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen (= leiblich-unbewußten) Beziehung zur Umwelt sieht.

zu 1.1.3. Wechselwirkungshypothese

Wie schon eingangs erwähnt spricht wohl am meisten für die Wechselwirkungshypothese von Anlage und Umwelt. Z e r b i n - R ü d i n, S p i e g e l b e r g, S c h e - p a n k, S c h i e d und T ö l l e (1971) haben dies anlässlich des Weinsberger Kolloquiums über das Thema "Anlage oder Umwelt" eindrücklich dargelegt. S c h e - p a n k unterstreicht sogar für Neurosen, deren Genese meist ausschließlich auf erlebnisreaktiver Grundlage gesehen wird die Wechselbeziehung von Anlage und Umwelt.

W e i t b r e c h t (1961, 1969) trägt der kombinierten Wirkung beider Einflüsse Rechnung durch die Schöpfung des an und für sich widersprüchlichen Begriffs "endoreaktive Störungen".

D i e b o l d (1969) legt die Vermutung nahe, daß es sich bei den endogenen Psychosen um multifaktorielle Vererbung mit Schwellenwerteffekt handelt. Für die Klinik besagt dies, daß bei einer Reihe von Depressionen mit schwacher - im Schwellenbereich gelegener - Disposition sich die Psychose in Abhängigkeit von Umwelteinflüssen manifestiert.

E l s ä s s e r, L e h m a n n, P o h l e n und S c h e i d (1971) schreiben Konfliktspannungen und heftigen frustrierenden Erlebnissen eine teilweise Mitwirkung bei der Auslösung der endogenen Psychosen zu, während nach ihren Angaben kein Einfluß von besonders günstigen oder un-

günstigen sozialen Verhältnissen zu bestehen scheint. Sie fassen zusammen, daß vielschichtige und tiefgreifende Wechselwirkungen zwischen erblichen und erlebnishaften Faktoren den Ausbruch und die besondere Verlaufsrichtung der Psychose vorbereiten.

1.2. Zur familiären Situation von Kindern depressiver Eltern.

Für den Problemkreis "Kinder psychotischer Eltern" gibt es reichlich Literaturhinweise, wobei es sich jedoch überwiegend um Kinder schizophrener Eltern handelt. So interessant die produktive Symptomatik einer Schizophrenie für die Begutachtung der Beziehung "elterliche Psychose und seelische Entwicklung des Kindes" sein mag, wie man aus der zahlreichen Literatur folgern kann, so spärlich ist die Zahl der Autoren, die sich den Kindern von endogen-depressiven Eltern zuwenden.

Wir wollen einige der Arbeiten zum Thema "Kinder psychotischer Eltern" referieren, da mitunter auch Kinder von endogen-Depressiven in die Untersuchungen einbezogen waren und es ferner interessant ist, Vergleiche anzustellen.

B i e r m a n n (1966) hat eine umfassende Arbeit vorgelegt mit dem Thema "Die seelische Entwicklung des Kindes im Familienmilieu Schizophrener", in der er 180 Kinder aus 100 Familien untersuchte, von denen ein Elternteil mit der Diagnose Schizophrenie in einer Münchner Klinik bzw. einer Klinik der Ostschweiz behandelt worden war. B i e r m a n n fand recht erhebliche Auffälligkeiten bei den Kindern dieser Gruppe.

Ein breitangelegter Vergleich der Ergebnisse von Biermann mit den Ergebnissen unserer Untersuchung wird in der Arbeit meiner Kollegin E. Tegeler vorgenommen.

P r e s t o n und A n t i n stellten schon 1933 die Frage, ob man bei Kindern psychotischer Eltern eher mit der Notwendigkeit psychiatrischer Hilfe rechnen müsse, als bei solchermaßen unbelasteten Kindern und wenn ja, ob demzufolge eine solche Gruppe ein dankbares Ziel für präventive Maßnahmen sei. Sie untersuchten 49 Kinder von psychotischen Eltern (die jedoch nicht näher differenziert werden) und verglichen sie mit einer Normalgruppe von 83 Kindern. Sie fanden dabei in der ersten Gruppe geringere Störungen als in der Normalgruppe, womit sie ihre eingängliche Frage verneinen konnten.

Auch S u n i e r und M e i j e r s (1951) kommen in ihren Erhebungen an Familien mit einem chronisch geisteskranken (schizophrenen) Elternteil zu dem Ergebnis, daß die Erziehungsschwierigkeiten, die die Kinder aus diesem Milieu boten 1.) überraschend gering und 2.) offenbar nicht Ausfluß des psychotischen Verhaltens der Patienten waren. Diese günstigen Verhältnisse zeigten sich allerdings nur da, wo die Psychose der Erkrankten nicht durch neurotische oder psychopathische Wesenszüge oder durch Schwachsinn kompliziert war, und der nicht-psychotische Elternteil ebenfalls frei von diesen Auffälligkeiten war.

Die Arbeiten von C o w i e (1961) und B r o c k (1962) haben gleichfalls die Tendenz, die Auffälligkeiten von Kindern geisteskranker Eltern für relativ gering anzusehen. B r o c k untersuchte 300 Kinder im Alter von 0 - 25 Jahren

von 143 Frauen, die wegen der verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen in stationärer Behandlung gestanden hatten (Schizophrenie, Epilepsie, Neurose, Psychopathie und zyklische Psychose). Von 196 Kindern, deren Mütter vor der Geburt oder im 1. bis 3. Lebensjahr der Kinder erkrankten, entwickelten sich 60% günstig oder zufriedenstellend (geringere Auffälligkeiten, wie gelegentliches Bettnässen, Trotz, Schüchternheit o.ä.) und die restlichen 20% ungünstig. Von 44 Kindern, deren Mütter im 4. bis 6. Lebensjahr der Kinder oder später erkrankten, entwickelten sich 89% günstig oder zufriedenstellend und 11% ungünstig. Bei dieser Untersuchung wäre zu kritisieren, daß die Abstufungen in günstige oder zufriedenstellende und in ungünstige Entwicklung recht unscharf sind und von anderen Autoren möglicherweise eine abweichende Bewertung vorgenommen worden wäre.

Im Gegensatz dazu entwarf C o w i e (1961) eine Klassifikationsskala für neurotische Symptome. Sie verglich 330 Nachkommen einer Probandengruppe (Durchschnittsalter 19,6 Jahre) mit 342 Nachkommen einer Kontrollgruppe. Die Probandengruppe enthielt a) schizophrene Störungen b) manisch-depressive Reaktionen c) involutionsdepressionen und d) Zwangsreaktionen. Die Kontrollgruppe bestand aus Patienten, die aus anderen als psychiatrischen Gründen in die Klinik gekommen waren. Die Nachkommen der Probandengruppe waren etwas häufiger andauernden oder schweren neurotischen Störungen unterworfen als die der Kontrollgruppe. Beide Gruppen schienen für vorübergehende oder vereinzelte neurotische Symptome gleich

empfänglich zu sein. 75,1% der Kontrollgruppe hatten gar keine oder zu vernachlässigende neurotische Symptome und bei der Probandengruppe waren es 69,4%. Nachkommen von Psychotikern mit spätem Krankheitsbeginn schienen nicht so stark von neurotischen Symptomen betroffen, wie solche von Psychotikern mit frühem Krankheitsbeginn. Dieses Ergebnis stützt nach Ansicht der Verfasserin die Milieuhypothese von der kausalen Beziehung zwischen psychotischer Erkrankung eines Elternteiles und Neurosen bei den Kindern. F a b i a n und D o n o h u e (1956) gehen in ihren Untersuchungen von verhaltensgestörten Kindern aus und berichten, daß in den sogenannten child-guidance-Kliniken bei einem Drittel der verhaltensgestörten Kinder depressive Mütter gefunden wurden (bzw. depressive Verwandte, die die Position der Mutter bei der Erziehung wahrnahmen). Die Störungen waren mannigfaltig. Sie reichten von Schulangst, Autismus, Infantilismus, extremer Unselbständigkeit über Launenhaftigkeit, Wutausbrüche, bis zu psychosomatischen Erkrankungen und Neurosen. Es schienen demnach keine den Depressionen spezifisch zugeordnete Verhaltensstörungen aufzutreten; allerdings waren die mütterlichen Depressionen auch nicht nach verschiedenen Kategorien getrennt, so daß es sich um Depressionen im weitesten Sinne und verschiedenster Ursache handelte.

Ein methodischer Einwand ist zu der Arbeit von F a b i a n und D o n o h u e (1956) zu machen: die Untersuchung geht ausschließlich von Kindern aus, die sich nachteilig entwickelt haben und läßt die Möglichkeit offen, daß zahlreiche andere depressive Mütter normale Kinder haben. Prinzipiell gilt dieser Einwand auch für eine umfangreiche

Untersuchung von R u t t e r (1966), dessen Arbeit jedoch durch Hinzuziehen einer Vergleichsgruppe stärkeres Gewicht erhält. Er stellte fest, daß eines von fünf Kindern, die mit psychiatrischen Erkrankungen im Maudsley-Hospital in London vorgestellt wurden einen psychiatrisch kranken Elternteil hatten. Diese Quote erwies sich als dreimal höher als bei einer vergleichbaren Gruppe von Kindern, die in einer Kinderklinik oder einer Zahnklinik vorgestellt wurden.

R i c e, E k d a h l und M i l l e r (1971) untersuchten 652 Kinder von 253 geisteskranken Eltern mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen (ungefähr 40% waren psychotisch). Über die Hälfte der Kinder (52%) wurden nach Befragen der Eltern als symptomlos bezeichnet. Über neurotische Züge und Verhaltensschwierigkeiten wurde bei 48% der Kinder berichtet.

W e i s s m a n, P a y k e l und K l e r m a n (1972) hatten beobachtet, daß depressive Frauen einen höheren Grad an Mißklang und Reibereien mit ihren Kindern erlebten als mit der weiteren Familie, mit Freunden, Nachbarn oder Arbeitskollegen. Sie untersuchten an einer Gruppe akut depressiver Frauen, wie diese mit ihrer mütterlichen Rolle fertig wurden und verglichen sie mit einer Kontrollgruppe. Die depressiven Frauen waren als Mütter signifikant mehr beeinträchtigt. Ihre Behinderung im Umgang mit den Kindern äußerte sich in verminderter emotionaler Zuwendung, gestörter Kommunikation, Unzufriedenheit, vermehrter Feindseligkeit und Ressentiment. Es wurde berichtet, daß die genannten Störungen mit den verschiedenen Entwicklungsphasen der Kinder stark variieren.

Depressive Mütter von Säuglingen waren hilflos bei der Versorgung ihrer Kinder, übermäßig besorgt und schuldbeladen oder direkt feindselig und legten damit den Grund für zukünftige Probleme mit dem Kind. Mütter von Kindern im Schulalter waren reizbar, unengagiert und intolerant gegenüber dem Lärm und der Aktivität der Kinder. Bis auf heftige Geschwisterrivalität entwickelten die meisten Kinder im Schulalter jedoch keine deutlichen psychischen Probleme. Die schwersten Konflikte ereigneten sich mit heranwachsenden Jugendlichen, die auf die Feindseligkeit und das Zurückziehen der Mütter mit ernstlich abnormen Verhaltensweisen reagierten.

Es würde zu weit führen, hier sämtliche Arbeiten zum genannten Thema vorzutragen. Stattdessen will ich mich damit begnügen, eine wenn auch unvollständige Gegenüberstellung derjenigen Autoren zu geben, die in der Tendenz die Auffälligkeiten von Kinderpsychotischer Eltern betonen (+), bzw. eher abschwächen (-).

+	-
Biermann (1966)	Brock (1962)
Fabian, Donohue (1956)	Canavan zit.n.
Ludy (1939/40)	Preston (1933)
Post (1962)	Cowie (1961)
Rutter (1966, 1972)	Grunebaum u. Weiss (1963)
Weissman, Paykel	Preston u. Antin (1933)
u. Klerman (1972)	Sunier u. Meijers (1951)

Tab. 1 : Aussagen verschiedener Autoren hinsichtlich der Auffälligkeit von Kindern psychotischer Eltern. + : Kinder psychotischer Eltern werden als psychisch auffällig bezeichnet ; - : Kinder werden als weitgehend unauffällig geschildert.

Wie man sehen kann, sind die Ergebnisse durchaus uneinheitlich, teilweise sogar entgegengesetzt in der Beurteilung der Auffälligkeiten von Kindern psychotischer Eltern. Dies mag auf methodische Unterschiede, Ungenauigkeiten in der Abgrenzung und Fragestellung und auf unterschiedliche Einschätzung der schwierigen Grenze normal - abnorm zurückzuführen sein. Es deutet jedoch die vielschichtige Problematik unserer eigenen Untersuchungen an.

1.3. Katamnestiche Aspekte und Frage der prämorbidn Persönlichkeit.

Zur Frage prämorbidn Persönlichkeitsveränderungen können wir in unserer Arbeit nicht Stellung nehmen, sondern nur Material liefern für Langzeitstudien.

K r a e p e l i n (1927) und H o m b u r g e r (1926) hatten einige praepsychotische Kindertypen herauszuarbeiten versucht, unter anderem 1.) die stillen, scheuen, zurückgezogenen, nur für sich lebenden Kinder und 2.) die lenksamen, gutmütigen, ängstlichen, gewissenhaften, fleißigen Kinder, vorwiegend Knaben, die ein Muster an Bravheit waren. Sie hielten diese besonders für endogene Depressionen disponiert.

S c h i e d und T ö l l e (1972) zitieren als typische Merkmale der zur endogenen Depression disponierten Persönlichkeit: Ordentlichkeit, Fleiß, Pflichtgefühl, Pedanterie, und hoher Leistungsanspruch. A b r a h a m (1957) spricht vom analen Charakter, T e l l e n - b a c h (1961) vom Typus melancholicus.

Weiterhin werden die Neigung zu engen Abhängigkeitsbeziehungen zu wenigen Personen und starke Familienbindungen als charakteristisch angesehen.

W i n z e n r i e d (1961) fand in der Kindheit und Jugend Manisch-Depressiver eine Tendenz zu periodisch auftretenden Verhaltensstörungen sowie zu chronisch-rezidivierenden somatischen Erkrankungen. Er beobachtete, daß bei Kombination von Asthma bronchiale und endogen-phasischer Psychose die beiden Syndrome sich alternierend ablösten und sich sogar gegenseitig ausschlossen, während bei einer Kontrollgruppe von nur Asthmatikern Versagenszustände und Asthmaleiden parallel liefen.

A g r a s (1959) weist auf die Beziehung von Schulangst und kindlicher Depression hin ; B u r k s und H a r r i s o n (1962) bringen Beispiele, in denen beginnende Depressionen verbunden mit starken Insuffizienzgefühlen durch akute Ausbrüche von Aggressivität kompensiert wurden. L i n g, O f t e d a l und W e i n b e r g (1970) fanden, daß bei Kindern mit schweren Kopfschmerzen relativ häufig eine Depression zugrundelag.

Die meisten der aufgeführten Symptome haben wir in unsere Symptomfragebögen aufgenommen, so daß wir hoffen konnten, auch solche Anzeichen für maskierte Formen der Depression nicht aus dem Auge zu verlieren.

Die Wahrscheinlichkeit, daß in unserem Probandengut mit Kindern unter 18 Jahren schon endogen-depressive Erkrankungen auftauchen würden, konnten wir als sehr gering ansehen. Es dürfte zwar heute unumstritten sein, daß auch im Kindes- und Jugendalter endogen-phasische Psychosen auftreten.

Es sei hier nur auf die entscheidenden Arbeiten von C a m p b e l l (1953, 1955), v. S t o c k e r t (1956), S p i e l (1961), T o o l a n (1962) und S t u t t e (1963) hingewiesen.

Zur Differentialdiagnose depressiver Erkrankungen im Kindesalter sei verwiesen auf A n t h o n y (1958) und R e m s c h m i d t, D a u n e r (1971). Trotz des unbestrittenen Vorkommens ist die Häufigkeit von endogenen Depressionen im Jugendalter verschwindend gering. Nach M a t u s s e k (1965) liegt der Manifestationszeitpunkt bei Frauen meist erst im 3. bis 4. Lebensjahrzehnt, bei Männern statistisch im 5. Lebensjahrzehnt. So wandten wir unsere Aufmerksamkeit weniger der depressiven Symptomatik bei Kindern zu als vielmehr allgemein deren aktuellem psychischem Zustandsbild.

2. Untersuchte Stichprobe und Methodik

2.1. Stichprobe

Bei der Auswahl der Stichprobe wurde folgendermaßen vorgegangen. Es wurden Patienten mit endogenen Depressionen, die in den Jahren 1965 - 1971 in der Marburger Universitäts-Nervenklinik behandelt worden waren aus dem Krankenblattarchiv ermittelt.* Von diesen Patienten wurden diejenigen herausgesucht, die Kinder im Alter zwischen 8 und 18 Jahren hatten. Dadurch engte sich die Auswahl der Patienten auf die Geburtsjahrgänge 1919-1938 ein. Neben der speziellen Symptomatik** und dem charakteristischen Verlauf achteten wir bei den endogenen Depressionen auf folgende Kriterien :

(1) Ausschluß starker traumatischer Erlebnisse.

Eine einfühlbar depressionsauslösende Situation durfte nicht gegeben sein. So wurden 2 Patientinnen wieder aus der Gruppe herausgenommen, weil sich herausgestellt hatte, daß im einen Fall, kurz vor Beginn der Verstimmung der Bruder tödlich verunglückt war und im anderen die Frau mit ihrem Mann in Scheidung lebte und sehr unter ihrem Ehemanne zu leiden hatte, der trank und sie prügelte, so daß sein Verhalten durchaus eine depressive Reaktion begründen konnte.

* Herrn Prof. Dr. Jacob danken wir an dieser Stelle für die Erlaubnis, die Stichprobe der Eltern aus dem Krankengut der Universitäts - Nervenklinik zusammenzustellen.

** Schlafstörungen, Tagesschwankungen (abends besser), Störung der Leibgefühle (Druck und Mißempfindungen in Kopf, Brust oder Bauchraum), Beeinträchtigung der Selbstverwirklichung (Nicht mehr können, trotz Wollen), Konzentrationsstörungen, mangelnde Lebensfreude. H a a s e (1971).

- (2) Es wurden möglichst nur Fälle mit mehreren Phasen gewählt. In das Kollektiv wurden auch 6 Patienten mit nur 1 Phase aufgenommen; hier erschien uns die Diagnose jedoch auch aus anderen Gründen hinreichend sicher (genetische Belastung, ausgeglichen-heitere Primärpersönlichkeit, charakteristische Symptomatik).
- (3) Gute Ansprechbarkeit auf Psychopharmaka.

Eine weitere Beschränkung der Patientenzahl ergab sich daraus, daß wir nur die Patienten an-schrieben, die in einem Umkreis bis ca. 100 km von Marburg entfernt wohnten. Aus finanziellen und zeitlichen Gründen wäre ein größerer Kreis nicht mehr tragbar gewesen und überdies wurde so ein gut umgrenztes Einzugsgebiet erfaßt. Wir kamen so auf eine Auswahl von 82 Familien.

Ich führte die Untersuchung ge-meinsam mit meiner Kollegin E. Tegeler durch, die in einer gesonderten Dissertation : "Vorkommen und Häufigkeit von Verhaltensstörungen bei Kindern endogen Manisch - Depressiver" die gleiche Stichprobe bearbeitet hat.

In der Überzeugung, daß wohl nur ein kleiner Bruchteil der Patienten mit ihren Kindern in die Klinik gekommen wäre, zumal es sich bei der Untersuchung gar nicht um die ehemals Depressiven selbst handelte, waren wir von vornherein bereit, die Patienten an ihrem Wohnort aufzusuchen. Jeweils etwa eine Woche vor dem geplanten Besuch schrieben wir den Familien einen kurzen vervielfältigten Brief (s. Anhang), in dem wir einen knappen Hinweis auf den Rahmen unserer wissenschaftlichen Unter-suchung gaben, einen positiv motivierenden Zusammenhang zwischen Erkrankung der Patienten und Unter-suchung der Kinder darstellten, einen Besuchstermin

vorschlugen und eine Antwortkarte beilegten, auf der der Besuchszeitpunkt entweder befürwortet oder ein anderer Termin vorgeschlagen werden konnte.

Eine erfreuliche Anzahl, genau zwei Drittel der Angeschriebenen reagierte positiv, 11 erteilten uns Absagen und 15 reagierten überhaupt nicht. Von letzteren gelang es uns noch in 5 Fällen - z.T. erst nach mehreren Anläufen - die Familien zu besuchen und die anfängliche Skepsis oder auch Interesselosigkeit zu beseitigen.

Interessant waren z.T. die Begründungen, die für eine ablehnende Haltung bei Absagen gegeben wurden. Es war teilweise erkennbar, daß Abwehr- oder Tabuhaltungen gegenüber der Nervenklinik oder Unzufriedenheit mit der vorausgegangenen Behandlung sich auf unser Projekt übertrugen und weniger die Untersuchung als solche abgelehnt wurde. In zwei Fällen wurde eine Einstufung als "nervlich krank" zurückgewiesen und es wurde von Kreislauf- und Hormonstörungen oder von "schwerer chronischer Erkrankung" gesprochen. In zwei anderen Fällen betonten die Mütter die überdurchschnittlich guten Leistungen in der Schule, meinten dies zeige genug, daß sie völlig normal seien und hielten eine Untersuchung für überflüssig. Eine Mutter schrieb, daß ihr Kind nicht zum Zeitpunkt der Depression geboren sei, daher von der Erkrankung nicht betroffen sein könne und deshalb auch nicht untersucht zu werden brauche. In einem weiteren Fall wurde schlechter Gesundheitszustand als Absagegrund angegeben und in den übrigen Fällen erfolgte keine Stellungnahme. Aus manchen Beispielen ließ sich indirekt

die immer noch bestehende gesellschaftliche Ablehnung und Tabuisierung des "Nervenkranken" ablesen, erkennbar an dem Bemühen, die eigene Normalität hervorzuheben.

Unzufriedenheit mit der vorausgegangenen Behandlung	2
"schlechter Gesundheitszustand"	1
"ich bin nicht nervenkrank"	2
"meine Kinder sind normal, sie zeigen sehr gute Leistungen in der Schule"	2
"mein Kind kann nicht betroffen sein, weil es nicht während der depressiven Erkrankung geboren wurde"	1
keine Stellungnahme	3

Tab. 2 : Zusammenstellung der 11 Absagen und der entsprechenden Motive.

Insgesamt gesehen überwog das freundliche Entgegenkommen und es gab auch Fälle, in denen der Besuch dringend erbeten wurde, weil man sich schon zuvor um die Entwicklung der Kinder gesorgt hatte. In 3 Fällen erfolgte die Kontaktaufnahme in der Universitäts-Nervenklinik Marburg, wo Patientinnen wegen einer erneuten Phase einer endogenen Depression behandelt wurden. Unsere Untersuchungen führten wir auch hier zu Hause durch. Ein Kind befand sich zur Zeit der Untersuchung wegen Verhaltensstörungen (Fortlaufen aus Heimen, Stehlen und Verwahrlosungstendenzen) und Legasthenie in stationärer Behandlung der Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie in Marburg.

Es gelang uns, insgesamt 61 Familien zu besuchen. In diesen waren 44mal die Mutter und 17mal der Vater der depressive Elternteil.

2.2. Methodik

Mit Rücksicht auf die geplanten Tests setzten wir als untere Altersgrenze der Kinder 8 Jahre an; darunter hätte es auch bei der einfachsten der Untersuchungsmethoden, dem Familienstrukturverfahren Sprachverständnisschwierigkeiten gegeben. Als obere Grenze wählten wir 18 Jahre, da wir nur bis zu diesem Alter damit rechnen konnten, daß die Kinder noch im Elternhaus lebten und somit dessen Einfluß ausgesetzt waren.

- 2.2.1. Wir hatten einen Symptomenkatalog von kindlichen Verhaltensstörungen (s. Anhang) zusammengestellt, um eine möglichst umfassende Anamnese über eventuell sich schon früh abzeichnende neurotische Störungen zu bekommen. Eine weitere Rubrik umfasste psychosomatische Symptome. Nach allen psychischen Auffälligkeiten befragten wir, wenn möglich, beide Eltern. Wir erkundigten uns weiterhin nach schulischen Leistungen, nach dem Aufenthalt des Kindes in den ersten Lebensjahren und nach dem Alter bei erstmaliger Erkrankung des depressiven Elternteiles.
- 2.2.2. Ein gesonderter Fragebogen betraf den familiären Hintergrund (s. Anhang). Es wurde nach dem Beruf beider Elternteile gefragt, nach der erblichen Belastung mit psychotischen Erkrankungen, ferner nach dem Verhältnis der Ehepartner zueinander und zu den Kindern, nach der familiären Situation (vollständige Familie, getrennte, geschiedene Elternpaare, nichteheliche und Stiefkinder) und nach dem derzeitigen Befinden des Patienten.
- 2.2.3. Nach einem besonderen Verfahren wurde der soziale Status der jeweiligen Familie erfaßt. Ausgehend von dem SSE, dem "Verfahren der sozialen Selbsteinschätzung", nahmen wir eine Fremdeinschätzung vor, die sich am Berufe des Mannes orientierte.

Das von K l e i n i n g und M o o r e (1968) erarbeitete Verfahren war in den Jahren 1957 bis 1962 entwickelt worden, um quantitative Daten über die Gliederung der deutschen Gesellschaft in soziale Schichten zu erbringen. Die Gesellschaft wird von ihren Mitgliedern, trotz Betonung des Gleichheitsgedankens, als hierarchisch gegliedert erlebt (s. dazu M o o r e und K l e i n i n g, 1959). Eine Schwierigkeit bei einer sozialen Selbsteinstufung liegt darin, daß die Neigung gering sein dürfte, sich einer Unterschicht zuzuordnen. Bei einer nach dem Dreischichten-Modell (Oberschicht - Mittelschicht - Unterschicht) durchgeführten Untersuchung in den Vereinigten Staaten rechneten sich 80% der Befragten der Mittelschicht zu. Wurde jedoch bei einer erneuten Befragung eine positiv definierte, auf berufliche Tätigkeit und nicht auf Status Bezug nehmende "Arbeiterschicht" hinzugefügt, so ergaben sich nunmehr 43% "Mittelschicht", dafür jetzt aber 51% "Arbeiterschicht" (C e n t e r s, 1949). Das Problem der Wertung des Sozialstatus und eine damit verbundene Fehleinschätzung wird in unserem Verfahren dadurch umgangen, daß die Befragten aufgefordert werden, eine Zuordnung ihrer eigenen Berufe zu einer gruppierten Auswahl vorgegebener Berufe zu treffen, die (für die Befragten jedoch nicht ersichtlich) zu einer bestimmten Gesellschaftsschicht in Korrelation stehen.

Es wurden 4 Karten mit je 36 bekannten Berufen gewählt, die in 9 Gruppen zu je 4 Berufen aufgeteilt wurden. Die 9 Gruppen der 4 Karten entsprachen sich jeweils in der Wertigkeit und waren gleichbedeutend mit 9 verschiedenen Abstufungen bezüglich der Schichtung.

Abkürzung	Soziale Schicht
O	Oberschicht
OM	Obere Mittelschicht
MM	Mittlere Mittelschicht
UM/ni	Untere Mittelschicht (nicht industriell)
UM/i	Untere Mittelschicht (industriell)
OU/ni	Obere Unterschicht (nicht industriell)
OU/i	Obere Unterschicht (industriell)
UU	Untere Unterschicht
SV *	Sozial Verachtete

Tab.3 : Schichtenschema nach K l e i n i n g
und M o o r e (1968).

Zur theoretischen Begründung und zur methodischen Durchführung des Verfahrens verweisen wir auf die Autoren (s.Literaturverzeichnis).

Für uns war nun von Interesse,daß das Verfahren auch als Fremdeinstufung durchgeführt werden kann, d.h.nachdem wir die Berufe aller Probanden kannten, konnte auch von uns nach demselben Schema eine Zuordnung zu bestimmten Schichten vorgenommen werden.Freilich kann ein solches Vorgehen nur als grobes Verfahren zur Feststellung der sozialen Schichtzugehörigkeit angesehen werden.Auf die generelle Problematik der Variable "soziale Schicht" und die verschiedenen Meßmethoden kann hier nicht eingegangen werden.

Mit den Kindern wurden je nach Alter 1 - 3 verschiedene Tests durchgeführt. Ab einem Alter von 8 Jahren verwandten wir ein Verfahren zur Objektivierung intrafamiliärer Wechselbeziehungen (Familienstrukturverfahren). Ab 10 Jahren führten wir den WIP - Test durch (kurzgefaßter Intelligenztest) und ab 14 Jahren - in Ausnahmefällen ab 13 Jahren - den MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory),einen Persönlichkeits-

* Die Menschen dieser Gruppe bezeichnen sich selbst als "Verachtete". Sie sehen sich als von der Gesellschaft zurückgestoßen an.

strukturtest. Folgende Überlegungen ließen uns diese Auswahl treffen : Unsere Möglichkeiten, einen umfassenden Eindruck von der Persönlichkeitsstruktur der untersuchten Kinder zu bekommen waren von vornherein begrenzt. Zum einen wäre es erforderlich gewesen, die Kinder zu mehreren Zeitpunkten in verschiedenen Situationen zu erleben, da einmalige Eindrücke zwangsläufig einseitig sind. Ein solches Vorgehen hätte den Zeitraum der Untersuchung verdoppelt oder verdreifacht. Zum zweiten wären psychologisch geschulte Untersucher mit längerer klinischer Erfahrung vonnöten gewesen, um eine verlässlichere Beurteilung zu gewährleisten. Und drittens mußten wir uns in der Auswahl der Tests auf eine kleine Zahl, möglichst wenig zeitraubender Verfahren beschränken, um die Untersuchung in einem zumutbaren Rahmen zu halten. Trotz dieser Einschränkungen glauben wir durch die Wahl der Testverfahren die genannten Mängel einigermaßen ausgeglichen zu haben. So ist hervorzuheben, daß alle drei Tests von subjektiven Bewertungsgrundlagen weitgehend frei sind und jederzeit auch von anderen Untersuchern überprüft werden können. Ferner lassen sich alle Ergebnisse zahlenmäßig ausdrücken, d.h. sie sind einer statistischen Auswertung zugänglich. Darüberhinaus ist allen Tests gemeinsam, daß eine mehrmalige Durchführung nicht erforderlich ist, um hinreichend sichere Angaben machen zu können. Schließlich konnte und sollte es nicht Ziel der Untersuchung sein, eine umfassende Persönlichkeitsanalyse durchzuführen, sondern es ging darum, eine verlässliche Orientierung über frühzeitig

sich anbahnende Störungen der Persönlichkeitsentwicklung zu erhalten, um die psychische Gefährdung von Kindern endogen-depressiver Eltern abschätzen zu können.

2.2.4. Familienstrukturverfahren

Die Persönlichkeitsbildung unterliegt einem langwierigen Entwicklungsprozess und dieser vollzieht sich vorwiegend im Rahmen der Familie. Es lassen sich durch die Rolle, die ein Kind in der Familie übernimmt und auf Grund seiner Identifikationen wichtige, die Persönlichkeit determinierende Rückschlüsse ziehen. Wie ein Kind zu seinen Eltern oder Geschwistern steht läßt sich jedoch meist nicht direkt erfragen. Kinder neigen dazu, selbst bei massiven häuslichen Schwierigkeiten zu sagen, es sei alles gut und es bestünden keine Probleme. Angst vor dem Verlust elterlicher Zuneigung mag hier eine Rolle spielen und die Internalisierung der elterlichen Ansprüche. Der Grad einer solchen selbstverleugnenden Anpassungswilligkeit ist sicher auch vom Alter abhängig und eine wirklich kritische Auseinandersetzung mit dem Elternhaus ist frühestens mit dem Beginn der Pubertät zu erwarten.

So war es für uns von Interesse, ein Verfahren an der Hand zu haben, das es den Kindern gleichsam spielerisch ermöglichte, mit vorgegebenen Adjektiven ein Bild der übrigen Familienmitglieder und der eigenen Person zu entwerfen. Sie wurden aufgefordert, mit Hilfe von 12 Karten mit verschiedenen Eigenschaftsworten nacheinander

Eltern, Geschwister und sich selbst zu charakterisieren. Die Selbstcharakterisierung wurde noch differenziert in Ich-Real und Ich-Ideal, d.h. die Kinder sollten einmal angeben, wie sie sich wirklich sehen und zum anderen, wie sie gerne sein wollten. Mit den Karten sollten sie eine Rangfolge aufstellen und das am Besten passende Eigenschaftswort an die Spitze, das am Schlechtesten passende ans Ende legen. Die Eigenschaftswörter waren so gewählt, daß sie nicht Gegensatzpaare darstellten (dies wäre bei der Bildung einer Rangfolge überflüssig) und möglichst wenig als herbe Kritik empfunden werden konnten, um keine ängstliche Abwehrhaltung zu provozieren. Es handelte sich um folgende Eigenschaftswörter :

1 ängstlich	5 zerstreut	9 lebhaft
2 streitsüchtig	6 streng	10 fröhlich
3 ehrgeizig	7 sachlich	11 sorglos
4 nervös	8 selbstsicher	12 verständnis-
		voll

Bei dem Verfahren war nun nicht entscheidend, daß die befragten Kinder ein objektives Bild der Familienangehörigen entwarfen (dazu sind die gewählten Adjektive zu sehr geeignet, positive oder negative Assoziationen zu wecken, was es wiederum erschwert, ein unbefangenes Urteil abzugeben), sondern daß sich aus den Rangkorrelationen das Verhältnis der Familienmitglieder zueinander ablesen ließ, d.h. ob sich die Kinder als einem Elternteil ähnlich oder von ihm verschieden empfanden, und ob sie mehr dazu neigten, sich mit dem Vater, der Mutter oder auch einem der Geschwister zu identifizieren. Schließlich konnte man das Verhältnis Ich-Real zu Ich-Ideal als den Grad der kritischen Selbsteinschätzung oder als ein Maß für Selbstzufriedenheit sehen.

Die Karten waren von 1 - 12 numeriert und es wurde stets die Reihenfolge der Zahlen notiert, die für jede Person gelegt worden war. Darauf wurde bestimmt, an wievielter Stelle die Zahlen 1 - 12 in der Rangfolge auftauchten. Nun wurden von allen Zahlenreihen die Differenzen berechnet, diese wurden quadriert und dann summiert. Mit Hilfe einer Umrechnungstabelle wurden die diesen Summenwerten entsprechenden Rangkorrelationskoeffizienten bestimmt und es konnten dann im Ergebnis die jeweiligen Identifikationswerte zahlenmäßig zueinander in Beziehung gesetzt werden.

Ein Beispiel möge dies veranschaulichen :

Ein Kind legte für seinen Vater die Zahlenreihe

Vater : 12 8 3 10 9 7 11 4 1 5 6 2

und für sich selbst

Ich-Real : 3 10 12 8 9 7 11 6 5 2 4 1

Nun wurde bestimmt, an wievielter Stelle die Zahlen 1 - 12 in der Reihenfolge auftauchten :

Vater : 1 an 9ter Stelle

2 an 12ter Stelle usw.

9 12 3 8 10 11 6 2 5 4 7 1

Ich-Real : 12 10 1 11 9 8 6 4 5 2 7 3

Die Differenzen betragen

3 2 2 3 1 3 0 2 0 2 0 2

Das Quadrat

9 4 4 9 1 9 0 4 0 4 0 4

Die Summe 48

Rangkorrelationskoeffizient nach S p e a r m a n
(1956) $r = 0,83$.

2.2.5. Intelligenztest (WIP)

Für sich allein genommen ist der Intelligenztest nicht geeignet, Aufschlüsse über das Einflußfeld zu gewinnen, in dem Kinder psychotischer Eltern stehen. Um jedoch eine differenzierte Beschreibung der Persönlichkeit zu ermöglichen, die sich auf dem Boden eines psychotischen Milieus entfaltet ist die Bestimmung des Intelligenzgrades von einiger Bedeutung, zumal in Kombination mit den anderen Testverfahren. **W e c h s l e r** (1956) definiert Intelligenz als "die zusammengesetzte oder umfassende Fähigkeit des Individuums, zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinanderzusetzen."

Intelligenz hängt aufs Engste mit allen anderen Faktoren der Persönlichkeit, wie Temperament, Selbstbewußtsein, Affekten und Trieben zusammen und kann nicht von diesen getrennt werden. Man wird demnach nie Intelligenz als isolierte Fähigkeit prüfen können, sondern nur spezielle Formen eines intelligenten Verhaltens gegenüber einzelnen Modellaufgaben. Mit der Einbeziehung teils verbal, teils rechnerisch, teils bildhaft zu lösender Aufgaben erhebt der Wechsler-Intelligenztest den Anspruch, weit tiefer in das Gefüge der Persönlichkeit einzudringen, als frühere Methoden der Intelligenzprüfung.

Wir verwandten eine Kurzform des **HAWIE** (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene), nämlich den **WIP** (reduzierter Wechsler-Intelligenztest für psychiatrisch

Kranke) nach D a h l (1968). Dieser Test hatte den Vorzug, ein zeitlich erheblich abgekürztes Verfahren zu erlauben bei gleichzeitig ausgezeichneter Korrelation der Ergebnisse zu denen des ausgedehnteren und aufwendigeren H A W I E. Der H A W I E hat seinen Verwendungsbereich für Erwachsene und Jugendliche vom 10. Lebensjahr an. Diese Altersgrenze haben wir auch für den W I P zugrundegelegt.

Schon W e c h s l e r (1956) war der Ansicht, daß sich der H A W I E bis auf fünf Untertests ohne ernstliche Veränderung seiner Zuverlässigkeit verkürzen ließe, eine vernünftige Auswahl der Untertests vorausgesetzt. Die Verkürzung sei durch die relativ hohen Korrelationen der meisten Untertests mit der Gesamtskala möglich. Verknüpft man nun besonders hoch korrelierende Untertests zu einer Testbatterie, so läßt sich ein reduzierter Test von hoher Zuverlässigkeit konstruieren. Dies ist beim W I P geschehen, indem die hoch korrelierenden Untertests (AW = Allgemeines Wissen, GF = Gemeinsamkeitenfinden, MT = Mosaiktest und BE = Bilderergänzen) Kombiniert wurden.

Im Gegensatz zu W e c h s l e r, der mit Hilfe der Untertests glaubte, auch klinisch bedeutsame Unterscheidungen treffen zu können, welche Möglichkeit er durch eine Reduzierung des Tests gefährdet sah, ist D a h l (1968), der den W I P entwickelte der Ansicht, daß differentielle und klinische Aussagen, die über die Bestimmung des Gesamt-IQ hinausgehen nach dem heutigen Forschungsstand kaum mehr vertreten werden können.

Diese Frage soll hier nicht weiter verfolgt werden;

es sei nur darauf hingewiesen, daß bei der Entwicklung des W I P nicht nur der Gedanke eine Rolle spielte, eine bequeme Kurzfassung zur Hand zu haben, sondern der Anspruch, den H A W I E überhaupt mit diesem Test ablösen zu können.

2.2.6. M M P I - Test

Der für unsere Erhebung wohl aufschlußreichste Test war der M M P I (= Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Dieser Persönlichkeitstest wurde 1941 von Hathaway und Mc Kinley in den USA entwickelt und wurde, nachdem sich seine Leistungsfähigkeit und Brauchbarkeit bestätigt hatte und noch weiter ausgebaut worden war auch ins Deutsche übertragen. Diese Arbeit wurde vom Psychologischen Institut der Universität Saarbrücken geleistet. Der erste Druck des Testmaterials und eines vorläufigen Handbuchs ,herausgegeben von B o e s c h (1960) erschien im Verlag Hans Huber. Zuvor war eine eingehende Standardisierung bei deutschsprachigen Versuchspersonen vorausgegangen. Der Test umfaßt 550 Feststellungen, die einer Vielzahl von Bereichen entstammen - von der körperlichen Verfassung bis zur moralischen oder sozialen Einstellung der untersuchten Person. 16 Feststellungen wurden aus verrechnungstechnischen Gründen wiederholt, so daß das gesamte Testheft 566 Feststellungen enthält. Die Versuchsperson wird aufgefordert, alle Feststellungen mit "richtig" oder "falsch" (oder "weiß nicht")

zu beantworten. Nach dem Test werden die Antworten mit Hilfe eines Auswertungsschlüssels nach vier Validitätsskalen und zehn klinischen Skalen ausgezählt. Diese Skalen sind auch innerhalb des Bereichs normaler Persönlichkeiten bedeutungsvoll, obgleich sie nach den abnormen Erscheinungen des betreffenden Symptomenkomplexes benannt worden sind. Es sind dies die Skalen : Hypochondrie (Hd), Depression (D), Hysterie (Hy), Psychopathie (Pp), Maskulinität-Feminität (Mf), Paranoia (Pa), Psychasthenie (Pt), Schizoidie (Sc), Hypomanie (Ma), Soziale Introversion (Si). Die Auswertung des Profils, d.h. des Zueinanders der verschiedenen Skalen hat im Allgemeinen größere Bedeutung als die Deutung eines einzelnen abnorm hohen Skalenwertes.

3. Ergebnisse

Wir untersuchten 106 Kinder im Alter von 8 - 18 Jahren aus insgesamt 61 Familien, in denen ein Elternteil an einer endogenen Depression erkrankt war. Der erkrankte Elternteil war in 44 Fällen die Mutter und in 17 Fällen der Vater. Die Kinderzahl der 61 Familien verteilte sich folgendermaßen :

Kinderzahl	kranke Väter(17)	Kranke Mütter (44)
Familien mit 1 Kind	2	5
" " 2 Kindern	8	19
" " 3 "	3	14
" " 4 "	2	4
" " 5 "	1	2
" " 9 "	1	-
Summe	49	111

Tab. 4 : Anzahl der Kinder in den 61 Familien.

Die 61 Patienten hatten also insgesamt 160 Kinder. Zwei Drittel davon, 106 Kinder, wurden von uns untersucht.

Altersverteilung und Geschlecht der Kinder zeigen wir an Hand der folgenden Tabelle :

Alter	männlich	weiblich	Summe
8 bis 10,11 Jahre	12	16	28
11 bis 13,11 Jahre	15	21	36
14 bis 18,11 Jahre	21	21	42
Summe	48	58	106

Tab. 5 : Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder.

3.1. Sozialer Hintergrund

Die besuchten Familien waren zum allergrößten Teil im Raume Nordhessen wohnhaft und zwar bis zu einer Entfernung von 100 km von Marburg. Die Mehrzahl lebte in dörflichen oder kleinstädtischen Gemeinden unter 20 000 Einwohnern und nur 7 Familien kamen aus Gemeinden mit einer Einwohnerzahl über 20 000.

Einwohnerzahl	Familienzahl
< 200	1
200-500	6
500-2000	21
2000-20 000	26
> 20 000	7

Tab. 6 : Übersicht über die Einwohnerzahl der Gemeinden, in denen die besuchten Familien ansässig waren.

Die Zusammenfassung der einzelnen Berufe in Berufsgruppen ergab folgendes Bild (es wurden jeweils nur die Berufe der Männer berücksichtigt) :

Akademiker	5	Facharbeiter,	
Kaufleute	1	Handwerker	25
Landwirte	3	ungelernte	
Beamte	4	Arbeiter	7
Angestellte	12	Rentner und	
		Pensionäre	4

Tab. 7 : Zusammenstellung der jeweiligen Berufsgruppen.

Eine solche Zuordnung zu Berufsgruppen ist stets etwas willkürlich (so gibt es Überschneidungen zwischen Akademikern, Beamten und Angestellten, ungenaue Angaben bei Facharbeitern und ungelernten Arbeitern usw.) und wir wollen im Folgenden ein weiteres Verfahren darlegen, das uns Aussagen über den Sozialstatus gestattet. (Dieser wird wiederum über den Beruf des Mannes erfasst).

Bei der Untersuchung der Schichtenzugehörigkeit auf Grund der verschiedenen Berufsgruppen nach dem SSE kamen wir zu weitgehend übereinstimmenden Prozenträngen zwischen einer Normalpopulation aus dem Jahre 67/68 und unserer Probandengruppe. In unserem Krankengut schien lediglich die untere Unterschicht unterrepräsentiert. Nachstehend eine tabellarische Gegenüberstellung :

Schicht	Probandengruppe		Normalgruppe
	absolute Zahl	prozentualer Anteil	1967/68 prozentualer Anteil
O Oberschicht	0	0%	0%
OM Obere Mittelschicht	3	5%	6%
MM Mittlere Mittelschicht	6	10%	11%
UM/ni Untere Mittelschicht (nicht industriell)	16	26%	25%
UM/i Untere Mittelschicht (industriell)	7	11%	13%
OU/ni Obere Unterschicht (nicht industriell)	5	8%	10%
OU/i Obere Unterschicht (industriell)	9	15%	20%
UU Untere Unterschicht	14	23%	13%
SV Sozial Verachtete	1	2%	2%
		N = 61	N = 14375

Tab. 8 : Schichtenvergleich einer Normalgruppe aus dem Jahre 67/68 und unserer Probandengruppe nach dem SSE.

Die Übereinstimmung der Prozentwerte ist deswegen überraschend, da es sich um völlig verschiedenen große Gruppen handelt, im einen Fall 61 Probanden und im anderen 14375. Man kann aus diesen Ergebnissen erstens den Schluß ziehen, daß wir mit unserer Versuchsgruppe einen bezüglich der sozialen Schichtung annähernd repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt erfaßt haben und zweitens daß die endogenen Depressionen unserer Probandengruppe sich etwa gleichmäßig auf alle Gesellschaftsschichten verteilen. Lediglich in der Unterschicht finden wir bei unserer Gegenüberstellung größere Unterschiede im Sinne einer Unterrepräsentierung der Oberen Unterschicht und einer Überrepräsentierung der Unteren Unterschicht. Dies könnte darauf hindeuten, daß das Risiko, an endogener Depression zu erkranken, für die untere Unterschicht größer ist als für die obere Unterschicht. Oder es ist denkbar, daß in dieser Gruppe die Erkrankung selbst einen sozialen Abstieg bewirkt hat. Diese Deutungen sind nur mit Vorbehalten zu sehen, da es auch nicht auszuschließen ist, daß der hohe Anteil "Untere Unterschicht" durch unsere Methode der Fremdeinschätzung bedingt ist und bei einer Selbsteinschätzung der Betroffenen ein höherer Anteil "Obere Unterschicht" zustande gekommen wäre. Im übrigen sprechen die weiteren Zahlenwerte gegen ein schichtenspezifisches Erkrankungsrisiko.

3.2. Familiärer Hintergrund

3.2.1. Besondere Familienkonstellationen

Von den 61 Familien waren 58 vollständig, 1mal lebten die Eltern getrennt, in 2 Fällen war der Mann gestorben. Zweimal bestand eine Zweitehe

nach Ehescheidung, wobei in einem Fall die depressive Mutter und im anderen der nicht depressive Vater die Kinder zugesprochen erhalten hatte. Eine zusätzliche Belastung im Sinne eines 'broken home' war demnach nur in den wenigsten Fällen gegeben. 3 der 106 untersuchten Kinder waren nicht-ehelich geboren, 5 waren Stiefkinder. Die Situation unvollständiger bzw. erst sekundär vollständiger Familien bei einem endogen depressiven Elternteil ist deshalb von besonderem Interesse, weil hier zwei potentielle Störfaktoren für die kindliche Entwicklung zusammentreffen. Andererseits ist die in unserer Probandengruppe vertretene Zahl solcher Fälle zu gering, um verallgemeinernde Schlüsse zuzulassen. Deshalb sollen hier nur Einzelbeispiele zur Illustration vorgestellt werden.

Fall 1.

In einer Familie mit 3 Kindern war die Ehe 2 1/2 Jahre vor der Untersuchung geschieden worden. Die depressive Mutter, die schon einen Suizidversuch begangen hatte und unter Carcinophobie litt hatte die Kinder häufig mißhandelt und an dem ältesten sogar einen Tötungsversuch durch Erwürgen verübt. Der Junge, der die Sonderschule besuchte und schon in der Poliklinik der Kinder- u. Jugendpsychiatrie vorgestellt worden war, verunglückte mit 9 Jahren tödlich bei einem Verkehrsunfall. Der Vater erhielt die zur Scheidung 6 und 7 Jahre alten Kinder zugesprochen. Er heiratete erneut und seine zweite Frau brachte noch einen 15 jährigen Sohn in die Ehe mit. Ein gemeinsames Kind aus zweiter Ehe war zum Besuchszeitpunkt 2 Jahre alt. Somit lebten insgesamt 4 Geschwister bzw. Halbgeschwister in der Familie. Die zweite Ehefrau schien es recht gut mit ihren Stiefkindern zu verstehen. Sie machte einen resoluten, aber durchaus mütterlichen Eindruck. Nach ihren Angaben seien die Kinder, als sie sie kennenlernte außerordentlich verhaltensauffällig gewesen. Folgende Symptome gab sie anhand unseres Symptomenfragebogens an:
Für das Mädchen: Weinerlichkeit, allgemeine Ängstlichkeit, Kontaktarmut.

Für den Jungen : Nervosität, Ängstlichkeit, Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Jactationen, Enuresis, Stehlen, Sprachstörungen. Zumindest bei dem Jungen deutete sich hier der Ansatz zu einer schweren neurotischen Fehlentwicklung an. Mittlerweile habe sich, - so die Stiefmutter - der psychische Zustand beider Kinder erheblich gebessert. Dennoch wirkten sie auf den Besucher noch einigermaßen ängstlich und gehemmt.

Es war dies übrigens der einzige Fall, bei dem aus der psychischen Erkrankung der Mutter eine direkte Bedrohung für die Kinder erwachsen war. Er zeigt so, daß eine Ehescheidung und das Auftreten einer neuen Bezugsperson sich unter bestimmten Bedingungen für die psychische Kindesentwicklung auch positiv auswirken können.

Fall 2.

Der Fall eines 12 jährigen nicht-ehelichen Jungen ist ein Beispiel, wie mehrere Belastungsfaktoren sich in ihrer negativen Wirkung addieren können. Der leibliche Vater lebte in der DDR. Eine ebenfalls nicht-eheliche Schwester des Jungen hatte in der DDR eine Adoptivfamilie gefunden. Die Mutter arbeitete halbtägig als Stationshilfe in einer Klinik. Sie, die manische und depressive Phasen hatte, kam erstmals in die Nervenklinik, als der Junge 9 Jahre alt war. Zu diesem Zeitpunkt begann für den Jungen eine "Heimkarriere", die er 15 mal durch Davonlaufen unterbrach. Er kehrte stets zur Mutter zurück, an der er offensichtlich sehr hing. Im Alter von 12 Jahren kam er stationär in die Kinder- u. Jugendpsychiatrie wegen Schul-schwierigkeiten (Legasthenie, Rechenschwäche, IQ 86) und Verwahrlosungstendenzen (Fortlaufen, Stehlen). Es wurde erreicht, daß der Junge wieder zur Mutter zurückkehren konnte und man empfahl, ihn in eine Sonderschule zu geben.

Hier wäre dem Jungen das Heimschicksal vermutlich erspart geblieben, wenn ein Vater oder andere Familienangehörige den Jungen vorübergehend während der mütterlichen Erkrankung hätten versorgen können.

3.2.2. Haltung des Ehepartners

Zur Charakterisierung der Haltung des Ehepartners gegenüber dem Patienten und seiner Krankheit ließen sich etwa 3 Grundhaltungen beschreiben, gekennzeichnet durch

- (1) Verständnis und Unterstützung
(2) Unverständnis und Ablehnung
und (3) anfängliche Ablehnung, die später im Ver-
laufe der Erkrankung wachsendem Verständnis
wich.

Bei 45 Patienten wurde die Haltung des Ehepartners charakterisiert durch Adjektive wie "verständnisvoll, geduldig, ruhig, gutmütig, zuverlässig, positiv" und sie reichte von "rauh aber herzlich" bis zu "eiserner Unterstützung".

Bei 7 Patienten wurde berichtet von Ablehnung, starker Belastung, wenig Verständnis, Zank und leichter Erregbarkeit und in 2 Fällen wurde die Frau von ihrem Manne geschlagen.

In weiteren 7 Fällen schließlich wurde die Haltung beschrieben als anfänglich ablehnend, schwierig, gereizt, erbost, um dann, wohl mit zunehmender Erkenntnis des Krankheitswertes der Depression einem wachsenden Verständnis Platz zu geben. Einmal lebten die Ehepartner getrennt und einmal war der Patient verstorben.

Es sei in diesem Zusammenhang erwähnt, daß wir eine Beziehung zu sehen glaubten, zwischen der Haltung des gesunden Elternteils zum kranken Partner und dem Auftreten neurotischer Symptome bei den Kindern. In den Fällen nämlich, in denen mit dem Auftreten der depressiven Erkrankung beim Ehepartner die ablehnenden Impulse überwogen, fanden wir bei den Kindern eine deutlich höhere Störrate, als dies zu erwarten wäre, wenn man die durchschnittliche Auffälligkeit aller Kinder zugrundelegt. Von den 14 Familien mit insgesamt 23 Kindern, in denen es an Rückhalt und Unterstützung für den kranken Partner mangelte, fanden wir in 6 Familien bei einem der Kinder Zeichen einer

schweren neurotischen Störung im Sinne einer Häufung neurotischer Symptome auf unserer Symptomenliste (Bewertungsskala siehe später), in 5 Familien bei einem der Kinder Merkmale einer leichten neurotischen Störung und nur in 3 Familien konnten die Kinder als unauffällig bezeichnet werden. In der Anzahl der Kinder schlägt sich dies so nieder : 6 Kinder mit schweren neurotischen Störungen, 11 Kinder mit leichten Störungen und 6 Kinder ohne Symptome.

3.3. Daten zur Depression des kranken Elternteils

Von den Eltern (44 Mütter und 17 Väter) hatten außer 6 Patienten, die nur eine Phase erlebt hatten alle übrigen zwei und mehr Phasen einer rein depressiven oder manisch-depressiven Psychose durchgemacht. Es waren auch Eltern darunter, die mehr als 5 Phasen, fünf Patienten sogar, die 10 Phasen und mehr hinter sich hatten. 51 Patienten wiesen nur depressive Phasen auf, während 10 Patienten sowohl unter depressiven als auch manischen Phasen litten. In 7 Fällen war es im Verlauf der depressiven Erkrankung zu einem Suizidversuch gekommen.

3.3.1. Erbliche Belastung

Von unseren 61 Familien war in 39 Fällen die psychiatrische Familienanamnese völlig unauffällig. Über die übrigen Familien gibt folgende Tabelle Auskunft :

Verwandtschafts- verhältnis zum Patienten	Typ der psych. Erkrankung		
	monopolar	bipolar	andere psych. Erkrankungen
Vater	2	-	6
Mutter	3	-	1
Geschwister	2	1	1
Andere	2	1	3
Summe	9	2	11

Tab. 9 : Übersicht über die familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen in 22 Familien.

5 der Familien waren mehrfach belastet.

Unter monopolaren Psychosen verstehen wir endogene Depressionen, bei denen ausschließlich depressive Phasen aufgetreten sind, bei den bipolaren Psychosen sind es abwechselnd manische und depressive Phasen. Wir schließen uns damit den Ansichten von A n g s t und P e r r i s (1968) an, die auf Grund ausgedehnter Familienuntersuchungen zu dem Ergebnis gekommen waren, daß es sich bei den manisch-depressiven Psychosen nicht um eine einheitliche Erkrankung handeln könne. Vielmehr seien die zusammengesetzten manisch-depressiven, d.h. zyklischen (bipolaren) Psychosen zu trennen von den rein depressiven (monopolaren) Psychosen. Für diese Trennung machten sie genetische Befunde, Unterschiede in der prämorbidem Persönlichkeit und im Krankheitsverlauf geltend. Die zyklische Anlage weise eine größere Penetranz auf als diejenige der phasisch-depressiven Anlage.

Schon K l e i s t und L e o n h a r d (1959) hatten die Einheitlichkeit des manisch-depressiven Krankseins in Frage gestellt und die erwähnte Trennung postuliert.

Auch Z e r b i n - R ü d i n (1968, 1971) unterstützt die Vermutung, daß es sich bei beiden Krankheits-

bildern um verschiedene Erbgänge handeln
müsse.

Nach P e t r i l o w i t s c h (1962) zeigen die
manisch-depressiven Psychosen die größere Symptom-
breite, den schwereren klinischen Verlauf, die
schlechtere Prognose, haben einen früheren durch-
schnittlichen Krankheitsbeginn und weisen eine
größere Zahl von Krankheitsphasen auf.

In die Rubrik "andere psychische Erkrankungen"
fielen beispielsweise Fälle, bei denen ein Ange-
höriger aus unbekannten Gründen in der Anstalt
gewesen war, "es mit den Nerven gehabt hatte"
oder Suizid begangen hatte. In dieser Sparte mit
unklaren Diagnosen verbergen sich möglicherweise
noch weitere Fälle von endogenen Psychosen, so
daß die tatsächliche Zahl familiärer Belastungen
mit Depressionen noch höher liegen dürfte als
11 von 61 Familien.

Z e r b i n - R ü d i n (1971) gibt folgende
familiäre Risikoziffern für die Verwandten
Manisch-Depressiver an:

Mittleres Erkrankungsrisiko in %		Niedrigst- und Höchstwerte in %
Durchschnitt	0,4 - 2,5	
Eltern	10 - 15	3,4 - 23,4
Kinder	10 - 15	6,0 - 24,1
Geschwister	10 - 15	2,7 - 22,7

Tab. 10 : Durchschnittliche Erkrankungsrisiken
für die Verwandten Manisch-Depressiver
einschließlich rein Depressiver
nach Z e r b i n - R ü d i n.

In unserer Gruppe liegen die Zahlen sehr viel
niedriger, z.B. 8,2% Erkrankungen der Eltern und
4,9 % der Geschwister. Möglicherweise läßt sich

das, wie schon erwähnt, dadurch erklären, daß ein Teil der depressiven Erkrankungen sich in der Kategorie "andere psychische Erkrankungen" versteckt.

In einer Familie waren von den 4 Kindern eines endogen-depressiven Vaters die 3 ältesten (25, 23 und 21 Jahre) an einer endogenen Depression erkrankt, wegen der sie alle schon in stationärer Behandlung gewesen waren. Sie konnten jedoch nicht in unsere Testgruppe aufgenommen werden, da sie alle schon das Maximalalter von 18 Jahren überschritten hatten. Es war dies übrigens der einzige Fall, in dem gesicherte endogene Depressionen bei den Kindern aufgetreten waren.

3.3.2. Geburt der Kinder und Stadium der depressiven Erkrankung eines Elternteils

Die folgende Tabelle zeigt das jeweilige Alter der Kinder, in dem sie erstmalig eine depressive oder manische Phase eines Elternteils erlebten :

Alter	Anzahl der Kinder
Geburt und Säuglingsalter = bis zu 1 Jahr	20
1 - 2,11 Jahre	7
3 - 4,11 "	20
5 - 6,11 "	15
7 - 8,11 "	20
9 - 10,11 "	10
über 10,11 "	14

Tab. 11 : Alter des untersuchten Kindes
bei Ersterkrankung des endogen-
depressiven Elternteils.

Es zeigt sich, daß in immerhin 20 Fällen die depressive Phase postpartal begann (in 11 Fällen war es die erste Phase überhaupt). Dies wäre ein Hinweis darauf, daß die Geburt eines Kindes eine manifestationsfördernde Rolle für die Auslösung einer endogenen Depression spielen kann. B r e w und S e i d e n b e r g (1950) fanden an ihrer New Yorker psychiatrischen Klinik bei 3% der weiblichen Patienten psychotische Reaktionen im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt. Etwas mehr als ein Drittel von diesen waren manisch-depressiv. Bei den Schizophrenen wie bei den Manisch-Depressiven fanden sie übereinstimmend immer wieder eine Ablehnung des neugeborenen Kindes, in offen ausgesprochener oder in symbolischer Form. Den präpsychotischen Charakter der depressiven Frauen beschrieben sie als narzistisch mit starker Bindung an den mütterlichen Elternteil, anlehnend, schutzsuchend und unselbständig. Die Geburt des Kindes bedeutete eine Bedrohung der eigenen Kindesrolle und eine Herausforderung der Eigenverantwortlichkeit. In einer ambivalenten Einstellung vermischten sich Ablehnung und Schuldgefühle, die häufig durch Überbesorgtheit kompensiert wurden. M a t u s s e k (1965) schreibt, "die Auffassung, daß die depressive Erkrankung während biologischer Krisenzeiten (Pubertät, Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium) ausbricht ist nicht mehr haltbar". Dies mag richtig sein, wenn man an eine biologische Verursachung denkt. Ein psychodynamischer Ansatz ist hier jedoch viel fruchtbarer. M a t u s s e k selbst schreibt an anderer Stelle: "Das Hauptmerkmal der endogenen Depression ist das unselbständige Ich, die Unfähigkeit, ein von anderen Personen unabhängiges Ich zu entwickeln." Dies könnte die

Konfliktsituation für die latent oder manifest depressive Frau anlässlich der Geburt begreiflich machen und ergänzt die Beobachtungen von B r e w und S e i d e n b e r g.

Es sei aus unserer Stichprobe ein Fall einer postpartalen Depression herausgegriffen.

Fall 3.

Die Depression begann mit der Geburt der 2. Tochter und zeigte Tendenz zur Chronifizierung. 12 malige Elektroschockbehandlungen blieben ohne anhaltende Wirkung. Die Patientin bezeichnete sich selbst als psychisch sensibel und organisch robust. Irgendeinen Grund für ihre Depression konnte sie nicht erkennen. Sie könne sich über nichts freuen und, was sie am meisten erschreckte, sie habe jegliche Empfindungsfähigkeit für ihre jüngere Tochter verloren. Sie sei jedoch bemüht, sie dies nicht merken zu lassen, streichle sie und versuche sie genauso zu behandeln, wie die ältere Tochter. Auf unserer Fragebogenliste vermerkten wir für die ältere Tochter keinerlei Symptome, während bei der jüngeren, 8 jährigen notiert wurde : allgemeine Ängstlichkeit, Schulangst, Daumenlutschen und gelegentliches Erbrechen. Ohne diesen Fall weiter klären zu können, muß man jedoch den Verdacht äußern, daß hinter der hartnäckigen Depression der Mutter und der psychischen Auffälligkeit der Tochter eine tief unbewußte starke Ablehnung der Mutter gegenüber der Tochter stand.

47 der Kinder auf Tabelle 11 (das sind 44% der untersuchten Kinder) wurden in einer psychisch besonders vulnerablen Phase, nämlich in den ersten 4 Lebensjahren, mit der Depression ihrer Mutter oder ihres Vaters konfrontiert. Dies scheint sich jedoch nicht negativ auf die Entwicklung ausgewirkt zu haben, jedenfalls war in dieser Gruppe kein Überwiegen neurotischer Symptome zu verzeichnen. Um dies nachzuweisen, mußten wir einen Weg finden, wie wir die auf Grund unserer Symptomenfragebogen zusammengetragenen neurotischen Symptome der Kinder ver-

gleichen, bewerten und gegeneinander abgrenzen konnten. Es war also nötig, eine Bewertungsskala aufzustellen. Es bot sich als einfachste Möglichkeit an, die Symptome additiv zu bewerten, d.h. je größer die Zahl der Symptome desto stärker die neurotische Störung. Die Symptome sind zweifellos ungleichwertig, aber eine willkürliche Bewertung hielten wir für noch unbefriedigender und es leuchtet sicher ein, daß ab einer gewissen Quantität auch Qualitätssprünge erfolgen. Die einzige Unterscheidung, die wir trafen war, daß wir psychosomatische Symptome mit 1/2 Punkt bewerteten und psychische Symptome mit 1 Punkt. Folgende Abstufungen wurden gewählt :

- 0 - 1 1/2 Punkte, keine oder zu vernachlässigende Symptome
 2 - 4 1/2 Punkte, leichte Störung, nennenswerte Symptome
 4 1/2 Punkte, stärkere Störung, erhebliche Symptome

Die Beziehungen zwischen Symptommhäufigkeit und frühestem Alter der Kinder bei Erkrankung der Mutter/bzw. des Vaters sollen an Hand einer Tabelle veranschaulicht werden :

Alter der Kinder bei Erkrankung der Mutter/ bzw. des Vaters	Häufigkeit neurotischer Symptome der Kinder insgesamt nach Wertpunkten		
	0 - 1 1/2	2 - 4 1/2	4 1/2
Säuglingsalter (20 Kinder)	9 (45%)	7 (35%)	4 (20%)
1 - 4 Jahre (27 Kinder)	10 (37%)	10 (37%)	7 (26%)
5 - 8 Jahre (35 Kinder)	10 (28%)	16 (46%)	9 (26%)
9 - 18 Jahre (24 Kinder)	13 (54%)	9 (37,5%)	2 (8,5%)
Summe	106	42 (39,6%)	22 (20,8%)

Tab. 12 : Beziehung zwischen der Häufigkeit neurotischer Symptome der Kinder insgesamt und dem Zeitpunkt zu dem sie erstmalig die Depression eines Elternteils erlebten.

Die Häufigkeit der neurotischen Symptome verteilt sich fast gleichmäßig auf alle Altersstufen, in denen erstmalig eine depressive Erkrankung erlebt wurde. Am geringsten ist die Störanfälligkeit wohl, wenn die elterliche Erkrankung erstmals jenseits des 9. Lebensjahres auftritt. Die höchste Störrate zeigt überraschend die Altersphase von 5 bis 8 Jahren. Keinesfalls sind jedenfalls die Kinder aus den ersten 4 Lebensjahren vermehrt auffällig.

B r o c k (1962) berichtet, daß von 196 Kindern, deren Mütter vor der Geburt oder im 1. bis 3. Lebensjahr erkrankten sich 80% günstig oder zufriedenstellend (geringere Auffälligkeiten wie gelegentliches Bettnässen, Trotz, Schüchternheit o.ä.) entwickelten und die restlichen 20% ungünstig. Dies Ergebnis ist praktisch deckungsgleich mit dem unsrigen. Von 44 Kindern, deren Mütter im 4. bis 6. Lebensjahr oder in einem späteren Alter erkrankten, entwickelten sich 89% günstig oder zufriedenstellend und 11% ungünstig.

Die Erkrankungen der Mütter erstreckten sich allerdings auf Schizophrenien, Epilepsien, Neurosen und Psychopathien und nur zu einem kleinen Teil auf zyklische Psychosen, so daß ein exakter Vergleich mit unserer Stichprobe nicht zu ziehen ist.

Auch C o w i e (1961) kommt zu dem Ergebnis, für die Kinder psychotischer Eltern bestehe offensichtlich keine Periode besonders erhöhter Empfindlichkeit in frühen Lebensjahren.

3.3.3. Befinden des kranken Elternteils zum Zeitpunkt des Besuchs

Nach dem derzeitigen Befinden befragt, gaben 27 Patienten keinerlei Beschwerden und Wohlbefinden an, 17 Patienten äußerten gelegentliche Beschwerden, wechselnde Stimmungslage, Wetterfühligkeit und verringerte Belastbarkeit, 7 Patienten klagten über starke Beschwerden und ein Wiederanklingen der Depression und 7 Patienten befanden sich in einer akuten Phase.

übersicht :

a) völlig ungestört	27
b) leicht gestört	17
c) stärker gestört	7
d) akute Phase	7

Bei einer Patientin war das Schicksal unbekannt (der Mann hatte erneut geheiratet), bei einer anderen hatten wir nur die Angaben des Kindes und ein Patient war verstorben.

Das Befinden der Patienten war ein weiterer Faktor, den wir daraufhin untersuchten, ob er mit einem gehäuften Auftreten neurotischer Symptome bei den Kindern in Korrelation stand. Der von uns vermutete Zusammenhang bestätigte sich, jedoch nicht in solch zahlenmäßig wünschenswerter Klarheit, daß die Ergebnisse einer Signifikanzprüfung hätten unterworfen werden können. Dennoch wollen wir unsere in dem Vergleich gewonnenen Zahlenergebnisse vorlegen, da sie einen bestimmten Trend sichtbar machen.

Die depressiv-kranken Eltern gliederten wir nach dem Befinden in zwei Gruppen, völlig ungestört und leicht gestört in der einen und schwer gestört und akut depressiv in der andern. Bei den jeweiligen Kindern dieser beiden Gruppen untersuchten wir die Häufigkeit neurotischer Symptome, eingeteilt in Schweregrade gemäß unserer Klassifikationsskala. Wir berücksichtigten nur die aktuellen Symptome, d.h. diejenigen, die bis zu dem Zeitpunkt unseres Besuches aufgetreten waren und nicht weit in der Kindheit zurücklagen.

Befinden des depressiven Elternteils	Wertpunkte für aktuelle Symptome der Kinder
	0 - 1 1/2 2 - 4 1/2 >4 1/2
völlig ungestört u.	
leicht gestört (N = 75)	53 (71%) 17 (22,5%) 5 (6,5%)
schwer gestört u.	
akut depressiv (N = 27)	15 (55,5%) 8 (29,5%) 4 (15%)

Tab. 13 : Beziehung zwischen dem Befinden des kranken Elternteils und der Häufigkeit neurotischer Symptome bei den Kindern.

Es wird deutlich, daß in der Gruppe der wenig gestörten Eltern die Zahl der Kinder mit praktisch unauffälligem Verhalten prozentual am größten ist und bei den stärker gestörten Eltern die leichten und schweren neurotischen Symptome der Kinder entsprechend häufiger sind.

Der Zeitraum zwischen dem letzten Krankenhaus-aufenthalt eines Elternteils und unserer Untersuchung betrug in 16 Fällen weniger als ein Jahr, in 14 Fällen 1 - 3 Jahre und 31 mal 3 - 5 Jahre.

Schließlich wollen wir noch eine Übersicht geben über die mit dem Symptomenfragebogen ermittelten Verhaltensstörungen, die nach der schon erwähnten Klassifikationsskala bewertet wurden. Folgende Häufigkeiten ergaben sich, verteilt auf vier Altersgruppen :

Alter	Wertpunkte für aktuelle Symptome		
	0 - 1 1/2	2 - 4 1/2	> 4 1/2
8 - 9,11	10 (48%)	7 (33%)	4 (19%)
10 - 12,11	21 (62%)	11 (32%)	2 (6%)
13 - 15,11	17 (61%)	9 (32%)	2 (7%)
16 - 18	20 (87%)	3 (13%)	0 (0%)

Alter	Wertpunkte für Symptome insgesamt (aktuelle und anamnestiche Symptome)		
	0 - 1 1/2	2 - 4 1/2	> 4 1/2
8 - 9,11	7 (33%)	7 (33%)	7 (33%)
10 - 12,11	12 (35%)	17 (50%)	5 (15%)
13 - 15,11	9 (32%)	12 (43%)	7 (25%)
16 - 18	14 (61%)	6 (26%)	3 (13%)

Tab. 14 : Häufigkeit neurotischer Symptome der Kinder, unterteilt nach Schweregraden in den vier Altersgruppen.

Es zeigt sich deutlich, daß in der Altersgruppe von 16 - 18 Jahren am wenigsten neurotische Störungen zu finden sind, während die Gruppe der 8 - 10 jährigen relativ am stärksten von schwereren Störungen betroffen ist. Für Symptome insgesamt findet sich ein Gipfel an leichten neurotischen Symptomen bei

den 10 - 13 jährigen. Wie wir im folgenden sehen werden tritt in den beiden letztgenannten Gruppen auch eine stärkere Identifikationsneigung zum kranken Elternteil bzw. zur Mutter in Erscheinung.

Entsprechend der für die verschiedenen Verfahren festgelegten Altersgrenzen ergaben sich 3 verschiedene Gruppen, mit jeweils unterschiedlicher Zahl durchgeführter Tests. Von den 106 mit dem Symptomenfragebogen erfaßten Kindern und Jugendlichen wurden

- 3.4. 93 zusätzlich das Familienstrukturverfahren unterbreitet (Familienstrukturgruppe)
- 3.5. 74 außer Symptomenfragebogen und Familienstrukturverfahren noch ein Intelligenztest vorgelegt (IQ - Gruppe)
- 3.6. 49 Jugendliche außer den 3 vorgenannten Verfahren mit dem MMPI - Persönlichkeitsbogen getestet (MMPI - Gruppe).

Die Familienstrukturgruppe ist kleiner, als es der Gesamtzahl der untersuchten Kinder entspricht. Dies erklärt sich daraus, daß wir den Symptomenfragebogen den Eltern vorlegten und somit auch Kinder erfaßt werden konnten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht anwesend waren.

- 3.4. Das Familienstrukturverfahren nannten wir auch Verfahren zur Objektivierung intrafamiliärer Wechselbeziehungen.

Nachdem ein Kind eine Rangreihe von Adjektiven für jedes Familienmitglied gebildet hatte, konnten wir für je zwei Familienangehörige einen Rangkorrelationskoeffizienten errechnen. Je näher dieser bei +1 lag, desto ähnlicher wurden beide einander empfunden und je näher

-1, desto entgegengesetzter. Ein hoher Rangkorrelationskoeffizient Mutter - Ich-Ideal bedeutet z.B., "die Mutter ist am ehesten so, wie ich sein möchte."

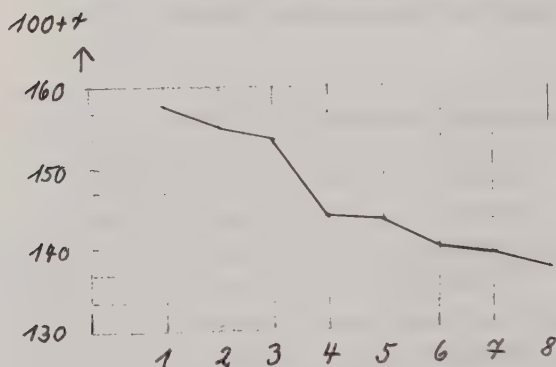
Wir errechneten zuerst die Mittelwerte einiger interessierender Rangkorrelationen :

Ire-V	= 0,40
Ire-M	= 0,43
Ire-Iid	= 0,58
Iid-V	= 0,53
Iid-Ges	= 0,44
Iid-M	= 0,39

Tab. 15 : Mittelwerte der Rangkorrelationen von
Ire-V = Ich-Real - Vater,
Ire-M = Ich-Real - Mutter,
Ire-Iid = Ich-Real - Ich-Ideal
Iid-V = Ich-Ideal - Vater
Iid-Ges = Ich-Ideal - Geschwister
Iid-M = Ich-Ideal - Mutter

Es zeigt sich, daß die Beziehung Ich-Real - Ich-Ideal den höchsten Rang einnimmt. Dies bedeutet, daß die eigene Person dem erstrebten Idealbild am nächsten kommt. Wie weit dies eine Regelbeziehung ist wäre an einer Normalgruppe zu prüfen. Man ist am ehesten geneigt, dies als Ausdruck eines gesunden Selbstbewußtseins zu deuten. Interessant ist die Diskrepanz zwischen der Vater-Ideal und Mutter-Ideal - Beziehung. Sogar die Geschwister rangieren in der Identifikationsneigung noch vor der Mutter. Es wird darauf im folgenden noch näher eingegangen.

Rangfolge des Identifikationsverhaltens :



1 = Ich-Real - Ich-Ideal

5 = Mutter - Ich-Real

2 = Gesund. - Ich-Ideal

6 = Vater - Ich-Real

3 = Vater - Ich-Ideal

7 = Mutter - Ich-Ideal

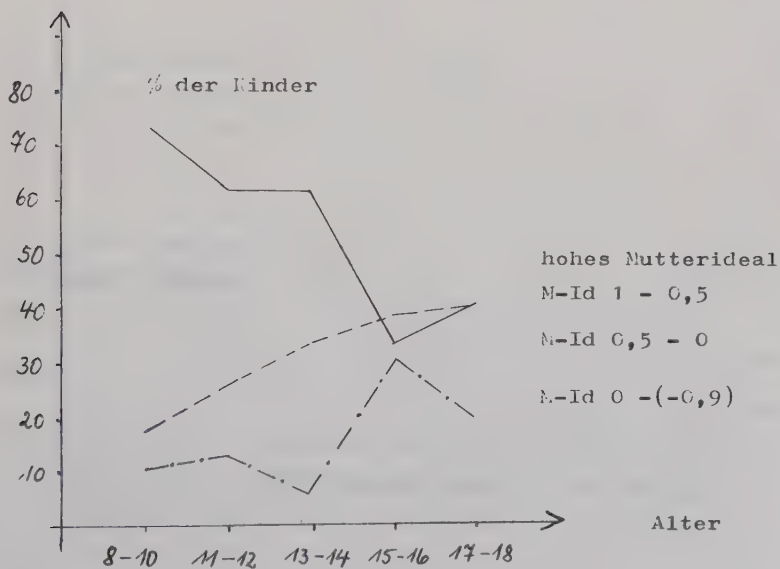
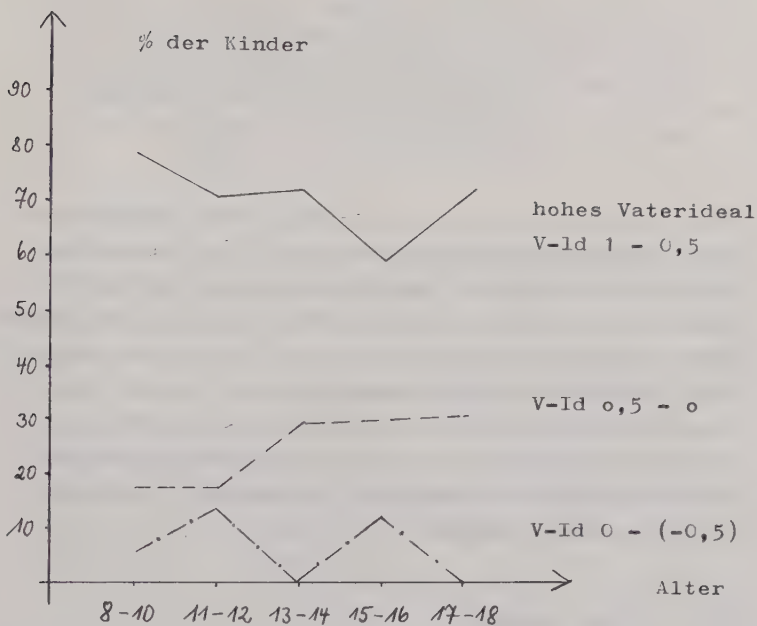
4 = Geschwister - Ich-Ideal

8 = Krank. - Ich-Ideal

Alter und Identifikationsverhalten

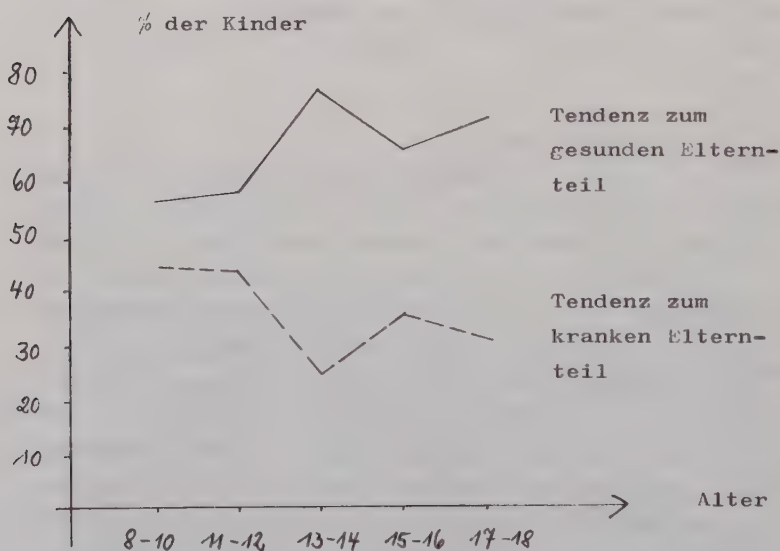
Bei der weiteren Auswertung betrachteten wir vor allem das Identifikationsverhalten in Abhängigkeit vom Alter. Wir unterschieden dabei stets genau zwischen der Identifikationsneigung oder Affinität des Ich-Ideals, d.h. dem Wunsch, jemandem zu ähneln und der Identifikationsrichtung des Ich-Reals, d.h. dem Bewußtsein, jemandem zu ähneln.

Die Affinität des Ich-Ideals zum Vater und der Mutter zeigte einen unterschiedlichen Verlauf. Die Affinität des Ich-Ideals zur Mutter fiel mit zunehmendem Alter ab, während sie im Hinblick auf den Vater einen gleichbleibenden Verlauf zeigte. In der folgenden Abbildung sind diese Bezüge graphisch dargestellt :



Tab. 16 u. 17 : Identifikationsneigung der Kinder
(Angabe in Prozentsen) zu Vater bzw.
Mutter in Abhängigkeit vom Alter.
(V-Id bezeichnet den Korrelations-
koeffizienten zwischen Vater und
Ich-Ideal, M-Id den zwischen Mutter
und Ich-Ideal.)

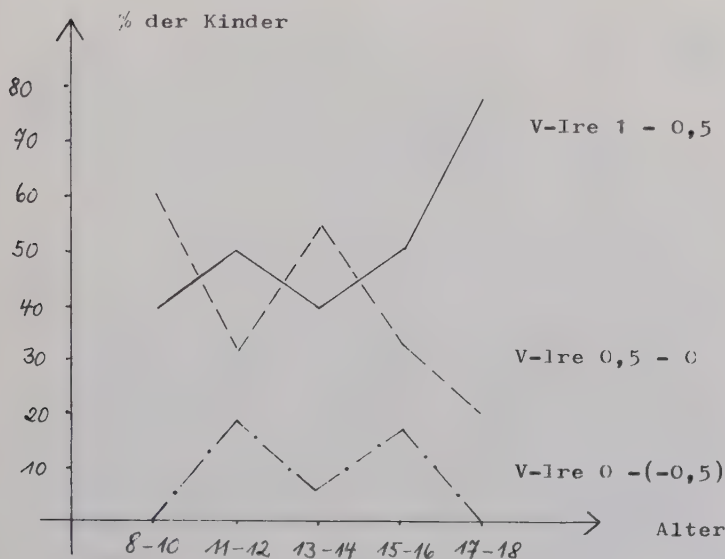
Die Tabellen lassen sich folgendermaßen übersetzen :
Mit zunehmendem Lebensalter nimmt das Bestreben,
der Mutter zu ähneln ab, während das Idealbild des
Vaters weiterhin aktuell bleibt. Da die überwiegende
Zahl der Mütter gleichzeitig auch der kranke Eltern-
teil war, wollten wir sehen, ob der Abfall in der
Identifikationsneigung möglicherweise in der Er-
krankung begründet lag und wir verglichen nun die
Korrelationen von Ich-Ideal - gesunder Eltern-
teil und Ich-Ideal - kranker Eltern-
teil.

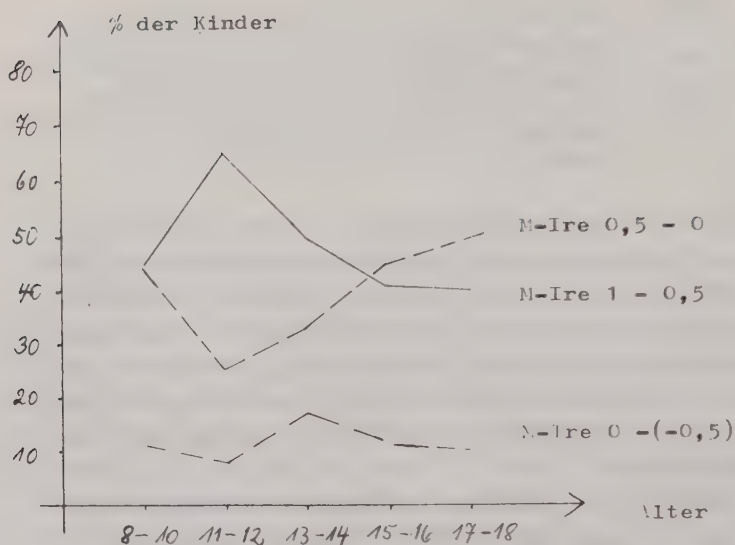


Tab. 18 : Identifikationsneigung der Kinder
(Angabe in Prozenten) zum gesunden
bzw. kranken Elternteil in Abhängigkeit
vom Alter. (Tendenz : der jeweils höhere
Korrelationskoeffizient zwischen Ich-
Ideal - gesunder Elternteil und Ich-Ideal -
kranker Elternteil wurde zum Maßstab
gewählt).

Wie aus Tabelle 18 zu ersehen ist, besteht insgesamt eine erheblich größere Affinität zum gesunden Elternteil und diese Tendenz verstärkt sich mit zunehmendem Alter. Dies unterstützt die Vermutung, daß es sich bei der Abwendung von der Mutter vielmehr um eine Distanzierung von der Krankheit handelt. Diese gelingt offensichtlich erst nach der Pubertät.

Sehen wir uns nun an, in welcher Beziehung Ich-Real - Vater und Ich-Real - Mutter zueinander stehen :

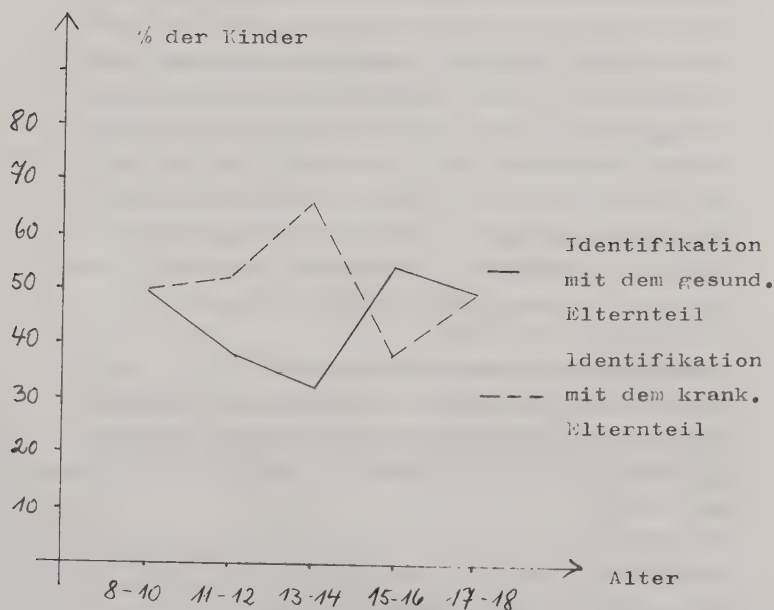




Tab.19 u.20 : Identifikationsrichtung der Kinder
(Angabe in Prozenten) zum Vater bzw.
zur Mutter in Abhängigkeit vom Alter.
(V-Ire bezeichnet den Korrelations-
koeffizienten zwischen Vater und
Ich-Real, M-Ire den zwischen Mutter
und Ich-Real.)

Wir finden hier, daß sich die Kinder mit zunehmendem Alter als dem Vater ähnlicher erleben, während sie sich gegenüber der Mutter in wachsendem Maße als weniger ähnlich empfinden. Ein Maximum an realer Identifikation mit der Mutter findet sich im Alter von 11 - 12 Jahren.

Schließlich sei noch, an Hand von Tabelle 21 die Identifikationsrichtung zum kranken bzw. gesunden Elternteil gezeigt :



Tab.22 : Identifikationsrichtung der Kinder (Angabe in Prozenten) zum gesunden bzw. kranken Elternteil in Abhängigkeit vom Alter. (Der jeweils höhere Korrelationskoeffizient zwischen Ich-Real - gesunder Elternteil und Ich-Real - kranker Elternteil wurde zum Maßstab gewählt.)

Die Identifikationsrichtung geht für jüngere Kinder eher in Richtung des kranken Elternteils, während sich die Älteren überwiegend mit dem gesunden Elternteil identifizieren. Man kann daraus schließen, daß bei jüngeren Kindern der Faktor Krankheit noch nicht in seiner ganzen Tragweite realisiert wird. Jüngere Kinder erleben sich also in ihren Verhaltensweisen eher dem kranken Elternteil ähnlich als ältere Kinder.

Vergleicht man die Identifikationsneigung und die Identifikationsrichtung (Tab. 18 u. 22) zum kranken bzw. gesunden Elternteil so zeigt sich : Je älter die Kinder sind, um so weniger möchten sie so sein wie der kranke Elternteil und um so weniger empfinden sie sich diesem ähnlich. Es hat sich also eine Distanzierung herausgebildet. Die Kinder entfernen sich nicht nur in ihrem Idealbild immer mehr vom kranken Elternteil, sie erleben sich auch immer mehr als dem kranken Elternteil unähnlich.

Zusammenfassend läßt sich sagen :

Der Wunsch, sich mit dem Vater zu identifizieren ist in allen Altersstufen etwa gleich hoch, die Affinität zur Mutter sinkt hingegen mit zunehmendem Alter.

Das Erlebnis der realen Identifikation mit dem Vater steigt steil an mit zunehmendem Alter, hat mit der Mutter ein Maximum im Alter von 11 - 12 Jahren und sinkt dann mit höherem Alter ab. Betrachtet man das Identifikationsstreben gegenüber krankem bzw. gesundem Elternteil, so zeigt sich in allen Altersstufen ein Hinwenden zum gesunden Elternteil mit deutlicher Ausprägung in den höheren Altersstufen. Schließlich besteht ein hohes Empfinden realer Ähnlichkeit mit dem kranken Elternteil in jüngeren Jahren mit gegenläufiger Tendenz im fortschreitenden Alter.

Einschränkend sei noch bemerkt :

Die für das Familienstrukturverfahren geschilderten Ergebnisse stellen nur Tendenzen dar, die wir zu interpretieren versuchten. Inwieweit es sich um Gesetzmäßigkeiten handelt ist aus unseren Daten nicht abzuleiten.

3.5. Ergebnisse im Intelligenztest

Von den 74 getesteten Jugendlichen waren
33 Jungen und 41 Mädchen.

Eine Übersicht über die gefundenen IQ-Werte
gibt Tabelle 23 :

IQ 80 - 99 : 9 Kinder
IQ 100 - 119 : 38 Kinder
IQ 120 u.mehr: 27 Kinder

Weiter aufgeschlüsselt und unter Berücksich-
tigung des Alters ergibt sich folgendes Bild :

Alter	80-89	90-99	100-109	110-119	120 u.darüber
11-14, 11 (N = 40)	1	2	8	8	21
15-18, 11 (N = 34)	2	4	10	12	6
Summe	3	6	18	20	27

Tab. 24 : Alter und verschiedene Intelligenzgruppen.

Für Jungen und Mädchen ergeben sich für die
3 Gruppen keine oder nur geringfügige Unter-
schiede. Aus den beiden Tabellen ist zu
sehen, daß in der vorliegenden Probandengruppe
keine debilen Kinder vorkommen und daß die
hohen Intelligenzquotienten etwas überre-
präsentiert sind. Der Löwenanteil dieser
überdurchschnittlich hohen Intelligenzen
fällt in die Gruppe der 11 bis 15 jährigen.

Für die übrigen von uns durch-
geführten Testverfahren war somit in jedem
Fall eine ausreichende geistige Befähigung
sicher gestellt und wir konnten dem IQ eine
gewisse Absicherung der Validität zuerkennen.

Ergänzend sei noch eine kurze Übersicht über die Schulbildung der von uns untersuchten Kinder gegeben :

Sonderschüler	1
Volksschüler	46
Realschüler	18
Gymnasiasten	16
Berufsschüler	15
Berufsfachschüler	5
Summe	101

Tab.25 : Schulbildung der untersuchten Probanden.

5 Jugendliche besuchten keine Schule mehr und befanden sich in einer Lehre oder waren schon berufstätig. Es überrascht etwas, daß gemessen an der großen Zahl hoher Intelligenzquotienten die Besucher weiterführender Schulen relativ gering vertreten sind. Es sind immerhin 47 Kinder mit einer überdurchschnittlichen Intelligenz von über 110 und 27 liegen mit einem IQ über 120 sogar weit über dem Durchschnitt. Dagegen waren es nur 34 Kinder die Realschulen oder Gymnasien besuchten. Es ist denkbar, daß die depressive Erkrankung eines Elternteiles in manchen Fällen eine Eingrenzung der schulischen Weiterbildungsmöglichkeiten zur Folge hatte, sei es, daß die älteren Kinder rasch zu einem Beruf kommen sollten, um die übrigen Familienmitglieder zu versorgen, wenn der Vater erkrankt war, sei es, daß ältere Geschwister eine kompensierende Funktion innerhalb der Familie zu erfüllen hatten, um den erkrankten Elternteil zu entlasten. Zumindest in

einem konkreten Fall war ein solcher Zusammenhang nachweisbar, nämlich bei einem 16jährigen Mädchen, das nach dem Volksschulabschluß keine weitere Schule besuchen und keinen Beruf erlernen konnte, weil die Mutter, auf Grund ihrer Erkrankung der auf dem Bauernhof anfallenden Arbeit nicht mehr gewachsen war.

3.6. Ergebnisse im MMPI - Test

Von den ursprünglich 49 getesteten Probanden mußten wir 2 aus der Bewertung herausnehmen, da ein Übersteigen der zulässigen Werte in den Validitätsskalen eine starke Verfälschung der übrigen Skalenwerte anzeigte. In den beiden Fällen fand sich eine starke Abwehrhaltung und Beschönigungstendenz. Bei beiden hatte sich übrigens eine Häufung neurotischer Symptome in den Symptomenfragebögen ergeben. Es blieben uns nun noch 47 MMPI-Profile (23 Jungen und 24 Mädchen).

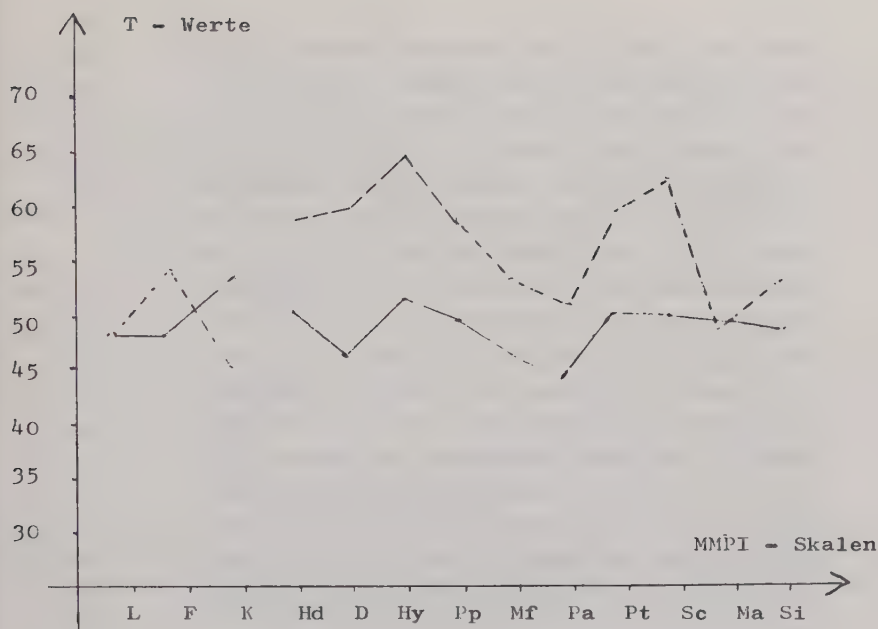
Wir berechneten die Mittelwerte aller Rohwerte und der T-Werte der MMPI-Skalen. Die letzteren stellen Umrechnungswerte dar, die einen Vergleich sämtlicher Skalen untereinander ermöglichen. Pro Skala ist die T-Wert - Umrechnung so angelegt, daß - berechnet auf Grund von Erfahrungsdaten - zwischen 30 und 70 T-Punkten 95 % der Skalenwerte liegen. Die Gruppe der Jungen und Mädchen stellten wir einander getrennt gegenüber. Nachfolgend eine tabellarische Übersicht aller T-Mittelwerte mit Streuungen:

Skala	T-Mittelwert ♀ (N = 24)	T-Mittelwert ♂ (N = 23)	Streuung ♀	Streuung ♂
L	44,4	48,5	10,0	10,7
F	49,0	47,8	7,7	8,9
K	50,2	53,2	9,1	10,5
Hd	46,5	49,6	5,7	8,7
D	45,8	45,2	10,2	8,5
Hy	48,1	52,0	7,8	9,2
Pp	47,7	49,4	9,5	6,7
Mf	47,1	45,5	8,1	10,2
Pa	44,8	44,0	11,4	9,5
Pt	44,6	52,3	5,9	8,8
Sc	48,4	52,2	5,8	8,3
Ma	51,0	50,1	10,7	9,8
Si	44,9	50,0	11,4	9,9

Tab.26 : T - Mittelwerte und Streuungen aller Jungen und Mädchen.

3.6.1. Vergleich unserer Stichprobe mit verschiedenen Kontrollgruppen

Um einen statistischen Vergleich anstellen zu können, stützten wir uns auf eine Normalgruppe von männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, deren Mittelwertsprofile wir dem MMPI-Handbuch zur deutschen Ausgabe, herausgegeben vom psychologischen Institut der Universität des Saarlandes, herausgeber Prof. E. Boesch, entnehmen konnten. Das Durchschnittsalter der 45 männlichen Jugendlichen der Normalgruppe betrug 16,4 Jahre, dasjenige unserer 23 männlichen Probanden 15,4 Jahre.



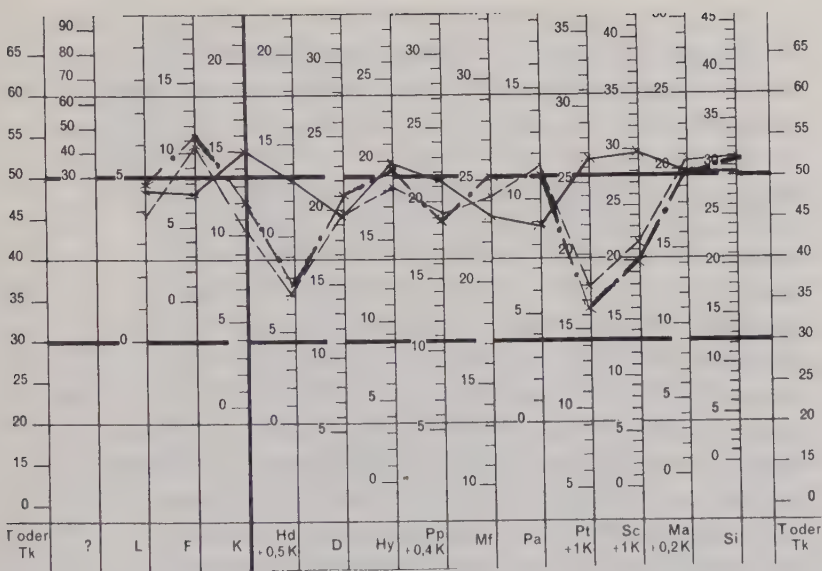
Tab. 27 : Vergleich der T-Mittelwertskurven unserer männlichen Probanden mit einer etwa gleichaltrigen Normalgruppe(---).

Die Probandengruppe weist ein sehr ausgeglichenes Profil auf, mit T-Werten zwischen 45 und 50, die durchweg als im Normbereich liegend angesehen werden können. Die gemittelten Werte aller klinischen Skalen liegen in unserer Gruppe erheblich unter denen der zum Vergleich herangezogenen Normalgruppe, d.h. die psychopathologischen Auffälligkeiten sind bei den von uns untersuchten Kindern und Jugendlichen sogar geringer als in einer vergleichbaren Normalgruppe. Es ist bei diesem Vergleich einzuschränken, daß wir über die Auswahl der "Normalstichprobe" nichts näheres wissen.

Herrn Dr. P. Becker vom psychologischen Institut der Universität des Saarlandes verdanken wir zwei weitere Vergleichsgruppen, deren Mittelwertsprofile wir ebenfalls in einer graphischen Zeichnung unserer Probandengruppe gegenüberstellen. Es handelt sich einmal um die Roh-Mittelwerte und Streuungen von 281 Bundeswehresoldaten im Alter zwischen 18 und 25 Jahren und zum zweiten um eine Stichprobe von 186 männlichen Berufsschülern im Alter von 15 bis 20 Jahren. Wir ziehen den Vergleich mit dem einschränkenden Vorbehalt, daß der Altersdurchschnitt in beiden Gruppen etwas höher liegt, als in unserer Probandengruppe. Vorweg eine tabellarische Übersicht der Roh-Mittelwerte aller 3 Gruppen, wobei wir wiederum in unserer Probandengruppe Jungen und Mädchen gesondert aufführen.

Skala	Probandengruppe		Kontrollgruppe	
	J (N = 23)	M (N = 24)	I (N = 186)	II (N = 281)
L	4,61	4,29	3,9	5,0
F	7,3	7,3	10,5	11,3
K	15,0	13,7	10,4	12,0
Hd	13,1	12,8	7,1	7,6
D	19,6	21,6	19,8	21,2
Hy	19,9	18,7	18,2	19,6
Pp	21,5	21,8	19,7	18,8
Mf	23,4	35,0	24,3	25,2
Pa	8,9	9,4	11,5	11,1
Pt	26,7	25,8	18,0	16,5
Sc	29,3	27,9	21,8	20,0
Ma	19,8	20,1	20,7	20,4
Si	29,2	27,7	31,2	29,9

Tab. 28 : Roh-Mittelwerte unserer Probandengruppe und zweier Kontrollgruppen
(I = Berufsschüler, II = Rekruten)



Tab.29 : Mittelwert-Profile der MMPI-Gruppe (N=23) —
 der Kontrollgruppe T (N = 184 Berufsschüler) ----
 u. der Kontrollgruppe II (N = 281 Rekruten) — • —

Es zeigen sich diesmal nur geringfügige Unterschiede : Alle 3 Kurven bewegen sich zwischen 45 und 55 T-Werten, mit Ausnahme der Hypochondrie-, der Psychasthenie- und der Schizoidie-Skala, die bei beiden Vergleichsgruppen Tiefpunkte aufweisen. Die besonders interessierenden Skalen D und Ma zeigen fast völlig übereinstimmende Werte. Es sieht demnach so aus, als seien die Jugendlichen unserer Probandengruppe etwas mehr um die Funktionen ihres Körpers besorgt, etwas ängstlicher und zwanghafter und etwas weniger kontaktfreudig als die Jugendlichen der Berufsschüler- und Rekrutengruppe. Die in den übrigen Skalen bestimmten Persönlichkeitsmerkmale sind in Normal- und Probandengruppe kaum voneinander unterschieden.

Zu den gefundenen Unterschieden muß angemerkt werden, daß erstens fraglich ist, ob Berufsschüler und Rekruten nicht schon sehr ausgelesene Gruppen sind und möglicherweise nicht einer repräsentativen Normalgruppe entsprechen und zweitens spielen auch geringfügige Altersunterschiede bei Jugendlichen eine offensichtlich größere Rolle und können die Höhe der Skalen beeinflussen. So schreibt B o e s c h in dem MMPI-Handbuch zur deutschen Ausgabe über Altersschwankungen in der Profilverteilung : Die "neurotische Trias" der Skalen 1(Hd), 2(D) und 3(Hy), sowie Skala 4(Pp), Skala 7(Pt) und Skala 8(Sc) sind bei Jugendlichen höher als bei allen anderen Altersgruppen (T-Werte um 60). Die Skalen 7(Pt), 8(Sc) und 0(Si) nehmen fortschreitend mit zunehmendem Alter ab, wobei die Unterschiede bei der Si-Skala nur zwischen 53- und 47-T-Werten liegen. Die relativ höheren Werte unserer Gruppe in Skala 1(Hd), 7(Pt) und 8(Sc) könnten demnach auch altersbedingt sein.

Fassen wir die Vergleiche unserer Probandengruppe mit 3 Normalgruppen zusammen, so läßt sich sagen, daß unsere Gruppe das bei weitem ausgeglichene Profil aufweist, die Skalenwerte etwa im Normalniveau liegen und verglichen mit den Normalgruppen diesen sehr nahe kommen oder eher noch darunter zu finden sind, mit Ausnahme von Skala 1, 7 u. 8, die gegenüber der Berufsschüler- und Rekrutengruppe erhöht sind. Diesen Abweichungen messen wir jedoch keine große Bedeutung zu, da sie möglicherweise gruppenspezifisch sind bzw. mit Altersdifferenzen erklärt werden können. Hervorzuheben ist besonders, daß die Depressions- und Hypomaniewerte gegenüber keiner der Normalgruppen erhöht sind.

Eine Frage, der wir im Rahmen der Auswertung der MMPI-Profile nachgehen wollen ist, ob Unterschiede bestehen zwischen den Kindern aus Familien mit einem bipolar-psychotischen oder monopolar-psychotischen Elternteil.

3.6.2. Vergleich der Profile von Kindern "monopolar" und Kindern "bipolar" erkrankter Eltern

In unserer Patientenauswahl hatten sich 10 Kranke mit bipolaren Psychosen befunden (9 Mütter, 1 Vater). In den 10 Familien waren 21 Kinder, von denen wir 12 untersucht hatten. Die Kinderzahl gliedert sich folgendermaßen auf :

1 Familie mit 1 Kind
7 Familien " 2 Kindern
2 " " 3 "

Die psychopathologischen Auffälligkeiten, festgestellt an Hand der Symptomenfragebögen, waren bei den Nachkommen aus bipolar-psychotischen Familien um einiges geringer, als bei den Monopolaren.

	Wertpunkte für neurotische Symptome		
	0 - 1 1/2	2 - 4 1/2	> 4 1/2
Zahl der Kinder von bipolaren Pat.	6 (50%)	4 (33%)	2 (17%)
Zahl der Kinder von monopolaren Pat.	36 (38%)	38 (40%)	20 (21%)

Tab. 30 : Vergleich der Häufigkeit neurotischer Symptome insgesamt bei den Kindern "bipolar" und "monopolar" erkrankter Eltern.

8 der Jugendlichen wurden mit dem MMPI getestet (5 Jungen, 3 Mädchen). Wir hatten nun 4 MMPI-Gruppen, deren T-Mittelwerte wir statistisch miteinander verglichen :

- a) monopolar, männlich b) monopolar, weiblich
 c) bipolar, männlich d) bipolar, weiblich

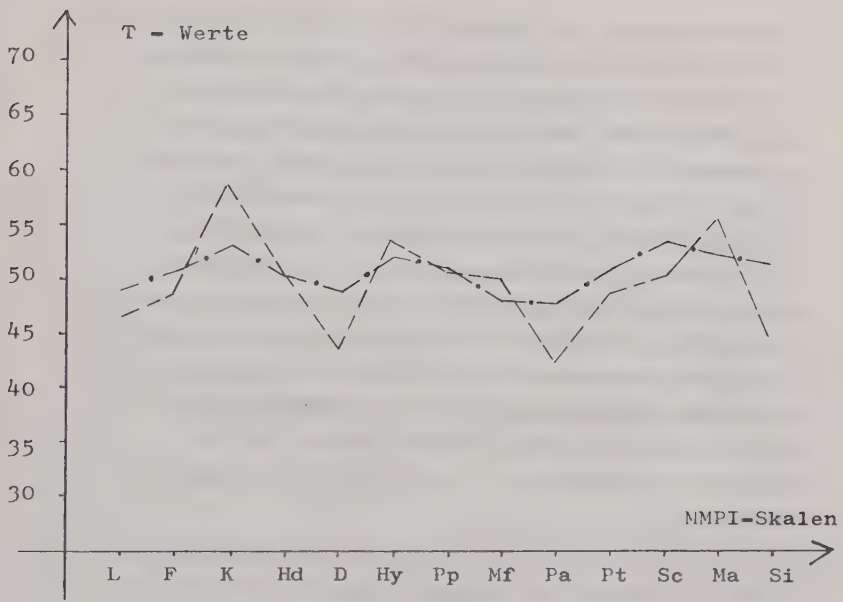
In 4 Fällen fanden wir signifikante Unterschiede:
 Der Pt-Wert (Psychasthenie) lag bei den weiblichen Jugendlichen mit einem bipolar-psychotischen Elternteil (kurz: bipolar weiblichen) signifikant niedriger als bei den bipolar männlichen und den monopolar weiblichen ($P < 0,05$). Ferner lag auch der Pt-Wert der monopolar weiblichen erheblich unter dem der monopolar männlichen ($p < 0,01$). Schließlich war der Ma-Wert (Hypomanie) bei bipolar weiblichen sehr viel höher als bei den monopolar weiblichen ($p < 0,05$). In Worten besagt das, daß in der Gruppe der Mädchen mit einem bipolar-erkrankten Elternteil Angstlichkeit und Zwanghaftigkeit sehr gering ausgeprägt sind und eine starke Hypomanie-Neigung besteht. Die Mädchen mit einem monopolar-kranken Elternteil erscheinen weniger ängstlich bzw. zwanghaft als die Jungen in der gleichen Gruppe.

Im folgenden geben wir eine Aufstellung der T-Mittelwerte der gesamten bipolaren Gruppe :

MMPI-Skalen	T-Mittelwert	MMPI-Skalen	T-Mittelwert
L	44,8	Mf	47,5
F	46,5	Pa	40,0
K	56,3	Pt	46,6
Id	48,1	Sc	48,1
D	41,1	Ma	53,8
Hy	51,6	Si	41,3
Ip	47,8		

Tab. 31 : T-Mittelwerte aller Probanden mit einem bipolar kranken Elternteil.

Eine Gegenüberstellung der T-Mittelwertsprofile der monopolaren und der bipolaren Gruppe ergibt folgendes Bild :



Tab. 32 : Mittelwert-Profile der monopolaren NMPI-Gruppe (N = 39) und der bipolaren Gruppe (N = 8)

Während die monopolare Gruppe eine sehr ausgeglichene Kurve im mittleren Normbereich bietet, zeigen sich bei der bipolaren Gruppe einige Gipfel und Senken. Der hohe K-Wert läßt mehrere Interpretationsmöglichkeiten offen. Die Skala K mißt die Dissimulationstendenz, bzw. die Neigung, unangenehme Sachverhalte nicht anzugeben. Andererseits findet man hohe K-Werte bei besonders differenzierten, geistig regen und aufgeschlossenen Menschen. Vorsichtige Abwehr und Kritik, insbesondere einem Test gegenüber charakterisieren eher den geistig beweglichen Menschen und sind nicht unbedingt Zeichen von Ver-

/

schlossenheit. Ein hoher K-Wert wirkt nicht verfälschend auf die übrigen Werte, da bei diesen teilweise eine K-Korrektur vorgenommen wird. Von besonderem Interesse und gleichsinnig interpretierbar sind die niedrigen D-, Pa- und Si-Werte und der hohe Ma-Wert. Es ist schon bemerkenswert, daß in der Gruppe von Kindern, deren Eltern auch manische Phasen hatten die Depressivität außerordentlich gering und die Hypomanietendenz gegenüber den Kindern von rein depressiven Eltern erhöht scheint. Dazu paßt eine eher extravertierte Grundhaltung und ein Fehlen von paranoiden Vorstellungen, wie es durch die niedrigen Si- und Pa-Werte angezeigt wird.

War bisher nur von den Durchschnittswerten aller Profile die Rede, so sollen zuletzt noch einige Einzelprofile dargestellt werden.

Insgesamt waren es nur 7 von 47 Probanden, die mit einzelnen Skalenwerten aus dem Normbereich herausragten, etwa 15 %, ein recht geringer Anteil, verglichen mit der Häufigkeit an Verhaltensstörungen, die wir mit den Symptomfragebögen bestimmt hatten. Da die MMPI-Gruppe die über 13jährigen betrifft, ist dies ein weiterer Hinweis darauf, daß die höheren Altersstufen am wenigsten mit neurotischen Symptomen belastet sind.

Es ist von Interesse, daß einige der Jugendlichen mit abnormen MMPI-Profil keinerlei Verhaltensstörungen in der Anamnese hatten erkennen lassen und umgekehrt einige Jugendliche mit zahlreichen Verhaltensstörungen ein völlig unauffälliges MMPI-Profil hatten. Die Angaben der Eltern,

-17-

nach denen wir die Symptomfragebogen ausgefüllt hatten, wurden so durch den unserer Ansicht nach zuverlässigeren MMPI etwas relativiert. Es führte dies jedoch nur in Einzelfällen zu Bewertungsverschiebungen, die Gesamt-tendenz änderte sich nicht.

Von den herausragenden Skalenwerten war zweimal der Hypomaniewert stark erhöht, einmal der Depressionswert, einmal der Schizoidiewert und je einmal kombiniert die Psychopathie- u. Paranoia-Skala, die Psychasthenie- u. Schizoidie-Skala und die Hysterie- und Hypochondrie-Skala.

D i s k u s s i o n

Soweit uns bislang bekannt geworden, gibt es im internationalen Schrifttum bisher keine direkt vergleichbare Arbeit über Kinder endogen-depressiver Eltern. Die Arbeit von E l s ä s s e r, P o h l e n, S c h e i d und L e h m a n n (1971) betrifft die Nachkommen von manisch-depressiven Elternpaaren; die Belastung (genetisch und peristatisch) ist demnach eine doppelte. Die Autoren beleuchten in detaillierten Fallschilderungen vor allem die lebensgeschichtlichen Faktoren, die bei den Nachkommen den Ausbruch einer Psychose begünstigt haben konnten. Direkte Vergleiche sind hier nicht zu ziehen: es handelt sich um verschiedene Altersgruppen, in unserer Probandengruppe waren noch keine psychotischen Phasen aufgetreten und es handelte sich in unserem Fall nicht um eine katamnestische sondern eher um eine prophylaktische Studie. Dennoch bleibt interessant zu vermerken, daß auch bei Krankheitsbelastung beider Eltern die Nachkommen nur zu einem Viertel auffällig geworden waren.

Die thematisch ähnlichen Arbeiten aus dem englischsprachigen Raum beziehen sich auf das Problem der gemeinsamen Aufnahme von psychotischen Mütter und ihren Kleinkindern in die Klinik (G r u n e b a u m und W e i s s, 1963), gehen von kranken Kindern aus und untersuchen deren Eltern (F a b i a n und D o n o h u e (1956); R u t t e r, 1966, 1962) oder untersuchen die Kinder von einer größeren Stichprobe "psychotischer" Mütter (B r o c k, 1962; C o w i e, 1961; R i c e, E k d a h l, M i l l e r, 1971), wobei kaum je die Auswirkung einer ungeschriebenen, kleineren Krankheitseinheit, hier: endogene Depression abgegrenzt werden können.

Eine in Aufbau und Fragestellung sehr ähnliche Arbeit von G. B i e r m a n n (1966) über Kinder schizophrener Mütter diente meiner Kollegin E. T e g e l e r als Vergleichsstudie.

Für den vorliegenden Teil der Untersuchung konnten wir uns auf Standardisierungsergebnisse für MMPI und WIP von Normalpopulationen beziehen. Bei einem Vergleich unserer MMPI - Ergebnisse mit 3 verschiedenen Normalgruppen fanden sich in einem Fall bei unseren Jugendlichen erheblich niedrigere Werte, in den beiden anderen entsprachen sich die Mittelwertskurven weitgehend, bis auf Tiefpunkte der Hd, Pt und Sc - Skala bei Berufsschülern und Rekruten. Da in unserer Gruppe diese Skalen jedoch/50[T-Werte]) nicht überstiegen, besteht eher Grund zu der Annahme, daß die Werte in den besagten Gruppen besonders niedrig lagen und nicht bei unserer Gruppe zu hoch.

Wollte man die Unterschiede näher interpretieren, so fände man es zum Beispiel durchaus einleuchtend, daß Rekruten relativ wenig um ihr körperliches Wohlbefinden besorgt sein müssen, weiterhin, daß die Soldatenkameraderie eine größere Kontaktbereitschaft fördert und ein Eingeständnis über großer Ängstlichkeit von dieser Gruppe nicht gerade zu erwarten ist. Es spricht einiges für die Annahme, daß Rekruten und Berufsschüler doch recht ausgelassene Gruppen sind. Zumindest dürfte man erwarten, daß Gymnasiasten und Studenten in diesen Gruppen unterrepräsentiert sind und gerade für diese werden häufig erhöhte Hd-, Pt- und Sc-Werte angegeben.

Fassen wir zusammen, so läßt sich sagen, daß die Mittelwertsprofile unserer 13 - 18 jährigen Kinder von endogen-depressiven Eltern wenig aus dem Normalniveau herausragen, im Gegenteil ein äußerst

ausgeglichenes Niveau aufweisen. Für die geringe Auffälligkeit spricht auch, daß von den Einzelprofilen nur 7 Jugendliche Skalenwerte aufweisen, die als pathologisch einzustufen sind, das entspricht 15 % der getesteten Kinder.

Nehmen wir die Symptomenfragebögen hinzu, so verstärkt sich das Bild einer besonderen Resistenz gegenüber Verhaltensstörungen bei den 16 - 18 jährigen. Dies Ergebnis korreliert mit der Tendenz in der Familienstrukturgruppe, sich mit zunehmendem Alter immer weniger mit dem kranken Elternteil zu identifizieren.

Man kann annehmen, die Identifikation mit dem gesunden und nicht mit dem kranken Elternteil ist ein Schutzmechanismus, der im Adoleszentenalter wirksam wird und die Kinder davor bewahrt, stärkeren seelischen Störungen unterworfen zu sein.

Daß eine starke Identifikation mit einem Kranken gefährliche Folgen haben kann, ist von paranoiden Psychosen, speziell der Schizophrenie bekannt. Die sogenannte Folie à deux, das induzierte Irresein, ist besonders bei Kindern mit extrem starker Mutterbindung beobachtet worden. In diesem Zusammenhang ist beachtenswert, daß bei unseren Kindern der Altersgruppe 8 - 10 Jahre, die sich real mit dem kranken Elternteil identifizierten und bei der Altersgruppe 10 - 13 Jahre, die der Tendenz nach am stärksten der Mutter ähnlich sein wollten auch prozentual die größten Verhaltensauffälligkeiten zu finden waren.

Es bleibt bei dieser Betrachtung natürlich die Frage offen, wie weit Kinder überhaupt die Wahl haben, mit wem sie sich identifizieren und wie weit nicht das Gefühl einer gemeinsamen Veranlagung die Identifikation bestimmt.

Wir hatten insgesamt den Eindruck, daß der Ausbruch einer depressiven Psychose bei einem Elternteil in den meisten Fällen nicht zu tiefgreifenden und langfristigen Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur der Kinder führte und erst das Hinzutreten anderer Belastungsfaktoren eine Häufung von Verhaltensstörungen erbrachte. Als solche Faktoren fanden wir den Grad an Verständnis, den die Ehepartner für einander aufbrachten, den Befindenzustand des erkrankten Elternteils außerhalb der depressiven Phase, die Vollständigkeit der Familie und traumatisierende Erlebnisse.

Die Trennung in aktuelle und anamnestiche Verhaltensstörungen und deren unterschiedliche Häufigkeit zeigt, daß die Zahl der zu irgendeiner Altersphase auftretenden psychopathologischen Symptome recht beträchtlich ist, die Störungen häufig aber von vorübergehender Natur sind und somit von den Betroffenen sichtlich verarbeitet worden sind.

Man kann mit einiger Sicherheit sagen, daß das Auftreten einer endogen-depressiven Erkrankung bei einem Elternteil nicht zwangsläufig zu negativen Folgen für die seelische Entwicklung der Kinder führt. Gewiß resultiert jedoch eine schwere Belastungsprobe für die Familie, insbesondere für deren Fähigkeit, den vorübergehenden Ausfall (durch stationäre Krankenhausbehandlung, durch Antriebsmangel und Inaktivität) des Erkrankten zu kompensieren. Wir fanden in sehr vielen Familien diesbezügliche Kompensationsleistungen: Väter übernahmen mütterliche Rollen und umgekehrt, ältere Geschwister versorgten die Jüngeren und Großeltern oder andere Verwandte nahmen zeitweise die Kinder in ihre Betreuung. Eine funktionsfähige Familie kann offensichtlich auch erhebliche Belastungen auffangen und ausgleichen.

/

In diese Richtung gehen auch die Beobachtungen von T. S c h e i d (1962), der in seinen Kataamnesen bei Nachkommen manisch-depressiver Elternpaare festgestellt hatte, daß in den betroffenen Familien "das Gefühl der Zusammengehörigkeit, der Wille zur Gemeinschaft und die Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe" charakteristisch gewesen seien.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Die Persönlichkeitsstruktur von Kindern mit einem endogen - depressiven Elternteil wurde untersucht, um Anhaltspunkte darüber zu erhalten, in welchem Ausmaß die depressive Psychose von Vater oder Mutter die psychische Stabilität der Kinder gefährdet bzw. zu Verhaltensstörungen Anlaß gibt.

Es wurden 106 Kinder im Alter von 8 - 18 Jahren untersucht, von denen jeweils ein Elternteil sich wegen Erkrankung an phasischen Depressionen (51) oder manisch - depressiven Phasen (10) in stationärer Behandlung befunden hatte. Die Erkrankten waren in 44 Fällen Mütter und in 17 Fällen Väter. Die Familien kamen alle aus dem Raume Nordhessen mit Schwerpunkt von Marburg und Umgebung.

Zwei Drittel der von uns angeschriebenen Familien reagierten positiv, von dem restlichen Drittel erteilten uns 11 Absagen und 15 reagierten überhaupt nicht. Es gelang uns in einigen Fällen, die Familien dennoch zu besuchen, wobei aber erkennbar wurde, daß unser Besuch teilweise mit der Mobilisierung von Ängsten verbunden war. Schon in einigen ablehnenden Schreiben hatten sich Tabuisierungshaltungen bzw. Furcht vor gesellschaftlicher Diffamierung herauslesen lassen.

Bei einer Untersuchung der Schichtenzugehörigkeit der von uns aufgesuchten Familien nach dem Verfahren der "sozialen Selbsteinstufung" trat eine überraschende prozentuale Übereinstimmung mit dem Schichtenaufbau einer im Jahre 67/68 von K l e i n i n g und M o o r e untersuchten Normalpopulation zutage. Einzig die untere Unterschicht war in unserer Gruppe etwas überrepräsentiert. Wir interpretierten dies in

dem Sinne, daß wir mit unserer Versuchsgruppe einen repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt erfaßt hatten und das Risiko, an endogener Depression zu erkranken, sich auf alle Gesellschaftsschichten gleichmäßig verteilt.

Familiärer Hintergrund

Die Familien waren überwiegend vollständig, einmal lebten die Eltern getrennt und in zwei Fällen war der Mann gestorben, einmal stand eine Ehescheidung in Aussicht. Wegen der geringen Zahl an unvollständigen Familien wurden nur Einzelbeispiele herausgegriffen und keine verallgemeinernden Schlußfolgerungen gezogen.

Die Haltung des Ehepartners im Gefolge der depressiven Erkrankung schien uns einen nicht unerheblichen Einfluß auf die psychische Situation der Kinder zu haben. 14 Patienten hatten über einen zeitweisen oder ständigen Mangel an Verständnis des Ehepartners geklagt und in diesen 14 Familien fanden wir bei den Kindern ein vermehrtes Auftreten an Verhaltensstörungen. An Hand der Symptomenfragebögen ergaben sich bei 6 Kindern Zeichen schwerer neurotischer Störung, bei 11 Kindern leichte Verhaltensstörungen und nur 6 Kinder waren symptomlos. Dies war ein relativ viel höherer Prozentsatz an Störungen, als bei allen Jugendlichen unserer Untersuchung insgesamt.

Auch das Befinden des depressiv erkrankten Elternteils, ermittelt zum Zeitpunkt unseres Besuches, schien nicht ohne Rückwirkung zu bleiben auf die seelische Verfassung der Kinder. In 27 Familien berichteten die Patienten über stärkere Beschwerden oder waren akut depressiv und in diesen Familien war der prozentuale Anteil verhaltensgestörter Kinder etwas größer bzw. der Anteil unauf-

fälliger Kinder kleiner, als in den übrigen Familien.

Daten zur Depression

Die Zahl der depressiven oder wechselnd manisch und depressiven Phasen betrug in der Regel zwei bis drei, bis auf 6 Patienten, die bis zum Untersuchungszeitpunkt erst eine Phase durchgemacht hatten. 7 Patienten hatten einen Suizidversuch hinter sich.

46 Kinder erlebten die depressive Erkrankung von Vater oder Mutter in den ersten 4 Lebensjahren.

Es schien dies jedoch keine erhöhte Gefährdung zu bedeuten, denn in dieser Gruppe war kein Überwiegen neurotischer Symptome festzustellen.

Für 11 Frauen begann die erste manische oder depressive Phase während der Schwangerschaft oder postpartal. Dies wäre ein Hinweis für die mögliche manifestationsfördernde Wirkung von Schwangerschaft und Geburt für endogene Depressionen.

Von den 61 Familien war in 39 Fällen die psychiatrische Familienanamnese völlig unauffällig, 11 mal lag eine spezifische Belastung mit monopolen oder bipolaren Psychosen vor und 11 mal waren "andere psychiatrische Erkrankungen" in der Verwandtschaft aufgetreten.

Testergebnisse

Mit dem Familienstrukturverfahren, an dem sich 93 Kinder beteiligt hatten, kamen wir zu folgenden Ergebnissen: Die Identifikation des Kindes mit Vater oder Mutter ist abhängig von Alter und Geschlecht. Die Identifikationsrichtung ist bei Jungen und Mädchen in den Altersstufen 8 - 9, 11 und 13 - 15, 11 Jahre annähernd gleich. In der Altersstufe 10 - 12, 11 überwiegt bei Jungen und Mädchen deutlich die Mutteridentifikation. Im Alter von 16 - 18 Jahren schließlich identifizieren sich die Jugendlichen bevorzugt mit dem Elternteil gleichen Geschlechts, d. h. die

Jungen mit dem Vater und die Mädchen mit der Mutter.

Der Wunsch, einem Elternteil zu ähneln ändert sich mit wachsendem Alter. Die Affinität zur Mutter nimmt ab mit zunehmendem Alter und bleibt beim Vater etwa gleich. Diese altersspezifischen Identifikationswünsche sind noch ausgeprägter bei der Gegenüberstellung kranker - gesunder Elternteil. Die Gruppe der 16 - 18 jährigen tendiert am stärksten zum gesunden Elternteil hin, während diese Neigung umsoweniger ausgeprägt ist, je jünger die Kinder sind.

Bei der realen Identifikation überwiegt sogar die Tendenz zum kranken Elternteil in den jüngeren Altersstufen.

Diese Ergebnisse korrelieren interessanterweise mit der Häufigkeitsverteilung der Verhaltensstörungen. Während die 16 - 18 jährigen am wenigsten verhaltensgestört erscheinen, ist in der Gruppe der 10 - 12 jährigen - derjenigen, die sich am häufigsten mit der Mutter identifizieren (diese war wiederum meist auch der kranke Elternteil) - ein Maximum an leichten neurotischen Störungen zu erkennen. Es wurde die Schlußfolgerung gezogen, daß die im Alter zwischen 16 und 18 Jahren erreichte Distanz von der elterlichen Erkrankung sich in einem Gewinn an persönlicher Stabilität niederschlägt.

Mit dem WIP (reduzierter Intelligenztest) wurden 74 Jugendliche erfaßt (33 Jungen und 41 Mädchen). Für Jungen und Mädchen ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede. 9 Jugendliche erreichten einen IQ von 80 - 99, 38 von 100 - 119 und 27 über 120. Damit waren die hohen und überdurchschnittlichen Intelligenzen etwas überrepräsentiert. Debile Kinder wurden nicht gefunden. Die IQ - Werte dienten einer Absicherung der Ergebnisse in den übrigen Testverfahren.

Der MMPI brachte uns Aufschluß über das Persönlichkeitsprofil von 47 Jugendlichen im Alter von 13 - 18 Jahren (23 Jungen u. 24 Mädchen). Die Mittelwerte aller MMPI-Skalen ergaben ein ausgeglichenes Profil von T-Werten zwischen 45 und 50. Verglichen mit 3 Normalgruppen fanden sich entweder niedrigere oder etwa gleichhohe Werte mit Ausnahme der Skalen 1(Hy), 7(Pt) und 8(Sc), die bei der Berufsschüler- u. Rekrutengruppe besondere Tiefpunkte hatten. Die relativ höheren Werte unserer Probanden in diesen Skalen wurden jedoch nicht als psychopathologische Auffälligkeit gewertet, sondern eher die niedrigen Werte in den Vergleichsgruppen als gruppenspezifische Merkmale angesehen. Auch die leichte Altersdifferenz der Gruppen könnte einen Einfluß auf die genannten Skalenwerte haben.

Bei den Einzelprofilen waren nur 7 mit Skalenwerten, die im Bereich psychopathologischer Auffälligkeit lagen. Es entspricht dies 15 % der getesteten Jugendlichen und unterstreicht erneut die besonders geringe Häufigkeit an Verhaltensstörungen in den höheren Altersgruppen.

Ein Vergleich der Jugendlichen mit einem bipolar und einem monopolar kranken Elternteil ergab eine etwas geringere Häufigkeit neurotischer Symptome bei der bipolaren Gruppe. Auch im MMPI zeigten sich Unterschiede. Bei der Gegenüberstellung der Mittelwerte fanden sich in der bipolaren Gruppe ein erhöhter K- und Ma-Wert, und ein erniedrigter D-, Pa- und Si-Wert.

Die Konstellation geringe Depressivität, Hypomanietendenz mit hohem Energieniveau, extravertierte Grundhaltung ist auffallend und läßt sich möglicherweise als prämorbide Persönlichkeitsstruktur, als zyklisches Temperament verstehen.

Die gefundenen Abweichungen in der bipolaren Gruppe könnten auch als Unterstützung für die These gesehen werden, daß es sich bei den zyklischen Psychosen um eine eigenständige Krankheitseinheit handelt.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

1. Abraham, K.: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Selected Papers on Psychoanalysis, N.Y. 1957.
2. Agras, St.: The Relationship of School Phobia to Childhood Depression. Amer. J. Psychiat. 116 (1959/60) 533-536.
3. Angst, J. u. Perris, C.: Zur Nosologie endogener Depressionen. Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. Arch. Psychiat. Nerv. 210 (1968) 373-386.
4. Anthony, E.J.: An aetiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood. Z. Kinderpsychiat. 1/2 (1958) 89-96.
5. Anthony, E.J., Kahana, B.: Multidisciplinary Intervention Programs With Children of Psychotic Parents. Presented at the annual meetings of the American Orthopsychiatry Association, Detroit (1972).
6. Anthony, J., Scott, P.: Manic-Depressive Psychosis in Childhood. J. child Psychol. Psychiat. 1 (1958) 53-72.
7. Beck, A.T., Sethi, B.B., Tuthill, R.W.: Childhood Bereavement and Adult Depression. A.M.A. Arch. Gen. Psychiat. 9 (1963) 295-302.
8. Biermann, G.: Die seelische Entwicklung des Kindes im Familienmilieu Schizophrener. Schweiz. Arch. Neurol Neurochir. Psychiat. 97 (1966) 88 u. 329.
9. Doesch, E.: zit.n. Spreen, O., Handbuch zur deutschen Ausgabe des MMPI. Huber, Bern (1963).
10. Bowlby, J.: a) Maternal Care and Mental Health, Geneva, W.H.O. Monograph No. 2 (1952),
b) Child Care and the Growth of Love (Mutterliebe u. kindliche Entwicklung). Beiträge zur Kinderpsychotherapie Bd.13 (1972). Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel.

11. Brew, M.F., Seidenberg, R.: Psychotic Reactions Associated with Pregnancy and Childbirth. J. nerv. ment. Dis. 111 (1950) 408-423.
12. Brock, H.: Untersuchungen über die Entwicklung der Kinder nervenkranker Mütter. Acta paedopsychiat. 29 (1962) 116-123.
13. Brown, F.: Depression and Childhood Bereavement J. ment. Sci. 107 (1961) 210-216.
14. Burks, H.L., Harrison, S.I.: Aggressive Behaviour as a Means of Avoiding Depression. Amer. J. Orthopsychiat. 32(1962) 416.
15. Campbell, J.D.: a) Manic depressive psychosis in children (report of 18 cases). J. nerv. ment. Dis. 116 (1953) 424-439.
b) Manic depressive disease in childhood. J. amer. med. Ass. 158 (1955) 154-157.
16. Centers, R.: The Psychology of Social Classes, Princeton, N.Y. (1949).
17. Cowie, V.: The incidence of Neurosis in the Children of Psychotics. Acta psychiat. scand. 37 (1961) 37-87.
18. Dahl, G.: Übereinstimmungsvalidität des HAWIE und Entwicklung einer reduzierten Testform. Hain , Meisenheim (1968).
19. Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S.: An MMPI Handbook. Univ. Minnesota Press, Minneapolis (1966).
20. Deykin, E.Y.: The Empty Nest: Psychosocial Aspects of Conflict between Depressed Women and their Grown Children. Amer. J. Psychiat. 122 (1966) 1422-1425.
21. Diebold, K.: Zum Problem der Zusammenhänge von Anlage und Umwelt in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 40 (1969) 401-412.

22. v. Dittfurth, H.: Die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt. Karger Verlag Basel/New York (1960).
23. Elsässer, G.: Die Nachkommen geisteskranker Elternpaare, Thieme, Stuttgart (1952).
24. Elsässer, G., Lehmann, H., Pohlen, M., Scheid, T.: Die Nachkommen geisteskranker Elternpaare. Fortschr. Neurol. Psychiat. 39 (1971) 495-522.
25. Erikson, E. H.: Childhood and Society. Norton, N.Y. (1950).
26. Fabian, A., Donohue, J.: Maternal Depression: A Challenging Child Guidance Problem. Amer. J. Orthopsychiat. 26 (1956) 400-405.
27. Forrest, A.D., Fraser, R. H., Priest, R.G.: Environmental Factors in Depressive Illness. Brit. J. Psychiat. 111 (1965) 243-253.
28. Freud, S.: Abriß der Psychoanalyse. Fischer Bücherei (1938).
29. Freud, A.: Einführung in die Technik der Kinderanalyse Imago London (1948).
30. Grunebaum, H.U., Weiss, J.L.: Psychotic Mothers and Their Children: Joint Admission to an Adult Psychiatric Hospital. Amer. J. Psychiat. 119 (1963) 927.
31. Haase, H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. S. 63-98 Diagn. u. Therapie depress. Verst. Schattauer Verlag, Stuttgart (1972).
32. Homburger, A.: Psychopathologie des Kindesalters Springer, Berlin (1926).
33. Kallmann, F.J.: Genetic Aspects of Psychosis. In: Biology of Mental Health and Disease. N.Y. (1952).
34. Kleining, G., Moore, H.: a) Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Kölner Zeitschr. f. Soziologie u. Sozialpsychologie 20 (1968) 503-552.

- b) Das Bild der sozialen Wirklichkeit. Kölner Zeitschr. f. Soziol. u. Sozialpsychiat. 11 (1959).
35. Kleist, K.: Zit. nach Leonhard, K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag, Berlin (1959).
 36. Kornhuber, H.: Über Auslösung cyclothymen Depressionen durch seelische Erschütterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 193 (1955) 391-405.
 37. Kraepelin, E.: Psychiatrie, 9. Aufl. Barth, Leipzig (1927).
 38. Lange, V.: Zur genetischen Analyse der manisch-depressiven Krankheit. Nervenarzt 38 (1967) 535-546.
 39. Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag, Berlin (1959).
 40. Lin, W., Oftedal, G., Weinberg, W.: Depressive Illness in Childhood Presenting as Severe Headache. Amer. J. Dis. Child 120 (1970) 122-124.
 41. Ludy, J.: Social Adjustment of Children of Psychotic Mothers. Smith. Coll. Stud. soc. Work 10 (1939/40) 148.
 42. Matussek, F., Halbach, A., Troeger, U.: Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. Urban u. Schwarzenberg, München (1965).
 43. Munro, A.: a) Some Aetiological Factors in Depressive Illness. M.D. Thesis, Glasgow (1964).
b) Some Familial and Social Factors in Depressive Illness. Brit. J. Psychiat. 112 (1966) 429-441.
 44. Paulsiekhoff, B.: Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener Phasen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 198 (1959) 456-470.
 45. Perris, C.: A study of Bipolar and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses. Acta psychiat. scand. Vol. 42 Suppl. 194 (1966) 1-188.
 46. Petrilowitsch, M.: Die Weichenstellungen in der Psychopathologie in ihren Auswirkungen auf die Zylothymie - Forschung. Wien. Z. Nervenheilk. 20 (1962) 131-147.

47. Post, F., Wardle, J.: Family Neurosis and Family Psychosis. J. Ment. Sci. 108 (1962) 147-156.
48. Preston, G.H., Antin, R.: A Study of Children of Psychotic Parents. Amer. J. Orthopsychiat. 2 (1933) 231-241.
49. Remschmidt, H., Dauner, I.: Zur Aetiologie und Differentialdiagnose depressiver Zustandsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Jahrb. Jugendpsychiat. VIII, (1971) 13-45.
50. Rice, E., Ekdahl, M., Miller, L.: Children of Mentally Ill Parents. Problems in Child Care. Behavioral Publications. N.Y. (1971)
51. Rutter, M.: a) Children of Sick Parents: An Environmental and Psychiatric Study. (Maudsley Monograph No. 16) Oxford University Press, London (1966).
b) Relationships Between Child and Adult Psychiatric Disorders. Acta psychiat. scand. 48 (1972) 3-21.
52. Scharfetter, Chr.: Das Zusammenwirken von Erbe und Umwelt für die Entstehung endogener Psychosen. Dtsch. med. Wschr. 32 (1971) 1311-1313.
53. Scheid, T.: Katamnesen bei Nachkommen manisch-depressiver Elternpaare. Med.Diss., Bonn(1962).
54. Schepank, H.: Anlage und Umwelt bei Neurosen. Aus: Anlage oder Umwelt. "Drittes Weinsberger Koll." Jansen Symposien 7 (1971) 91-106.
55. Schied, H.W., u. Tölle, R.: Psychosoziale Faktoren bei endogener Depression dargestellt an zwei Familien Psychiat. clin. 5 (1972) 55-66.
56. Schulz, B.: a) Kinder manisch-depressiver und anderer affektiv - psychotischer Elternpaare. Z. Neur. 169 (1940) 311.
b) Auszählungen in der Verwandtschaft von nach Erkrankungsalter und Geschlecht gruppierten Manisch-Depressiven. Arch. f. Psychiat. u. Z. New. 186 (1951) 560-576.

57. Slater, E.: a) Zur Erbpathologie des manisch-depressiven Irreseins. Die Eltern und Kinder von Manisch-Depressiven. Z. ges. Neurol. 163 (1938) 1-47.
b) Psychotic and Neurotic Illnesses in Twins. Med. Res. Council, Spec. Rep. Series 278, London (1953)
58. Spearman, Ch.: zit.n.Siegel, S. Nonparametric statistics. Tokio, N.Y. (1956) 202.
59. Spiegelberg, U.: Statistisch-klinische Untersuchungen über Störungen des Erlebnissfeldes bei Neurosen und Psychosen. Aus: Anlage oder Umwelt? "Drittes Weinsberger Koll." Jansen Symposien 7 (1971) 50-66.
60. Spiel, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. Karger Verlag, Basel (1961).
61. Spitz, R.: A) Anaclitic Depression - an Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. Psychoanal. stud. Child 2 (1946) 313.
b) Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter - Kind - Beziehung im ersten Lebensjahr. Klett-Verlag, Stuttgart (1969).
62. Spreen, O.: MMPI Saarbrücken (Handbuch zur deutschen Ausgabe des MMPI) Huber, Bern (1963).
63. Stenstedt, A.: a) A Study in manic-depressive psychosis, Clinical, Social and Genetic Investigation. Acta psychiat. neurol., K'hnv. Suppl. 79 (1952) 1.
b) Drei genetische Untersuchungen von psychischen Depressionen. In: Hippus u. Selbach, das depressive Syndrom, Urban u. Schwarzenberg, Berlin (1969).
64. von Stockert, F.G.: Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. Psychosen im Kindesalter. Jb. Jugendpsychiat. 1 (1956) 223-232.

65. Stutte, H.: a) Endogen - phasische Psychosen des Kindesalters. Acta Paedopsychiat. 30,1/2 (1963) 34-43.
b) Psychosen im Kindesalter und in der Pubertät. Med. Klin. 58/12 (1963) 526-529.
66. Sunier, A., Meijers, N.A.: The Influence of a Chronical Psychosis of one of the Parents upon the Development of the Child. Fol. psychiatr. neerl. 54 (1951) 323-330.
67. Tellenbach, H.: a) Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese u. Klinik. (Springer, Heidelberg 1961).
b) Zit. n. Schied u. Tölle, Psychiat. clin. 5 (1972) 55.
68. Toolan, J. M.: Depression in Children and Adolescent. Amer. J. Orthopsychiat. 32 (1962) 404-415.
69. Wechsler, D.: Die Messung der Intelligenz Erwachsener; Textband zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest f. Erwachsene (HAWIE). Huber, Bern (1956).
70. Weissman, M., Paykel, E., Klerman, G.: The Depressed Woman as a Mother. Soc. Psychiat. 7 (1972) 98-108.
71. Weitbrecht, H. J.: a) Depressive u. manische endogene Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart II, Springer(1961).
b) Die heutige Diskussion über das Wesen der endogenen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 3 (1966) 161.
72. Wender, P. H.: Adopted Children and Their Families in the Evaluation of Nature-Nurture Interactions in the Schizophrenic Disorders. Ann. Rev. Med. 23 (1972) 355-371.
73. Winzenried, F.J.M.: Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen. Aus: Probleme der phasischen Psychosen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart (1961).

74. Zerbin - Rüdin, E.: a) Neuere Befunde u. Probleme in der Genetik der endogenen Psychosen. Arch. Psychiat. u. Z. ges. Neurol. 210 (1968) 340.
b) Anlage, Umwelt und endogene Depressionen. Aus: Anlage oder Umwelt? "Drittes Weinsberger Kolloquium", Jansen Symposien 7 (1971) 1-22.

C. A. May

Alter: 18

Geschlecht: ♂

Klassq: /

Leistungen: sehr gut

Beruf: *Lehrling als Maschinenschloßer*

Aufenthalt in den ersten Lebensjahren: *zu Haus*

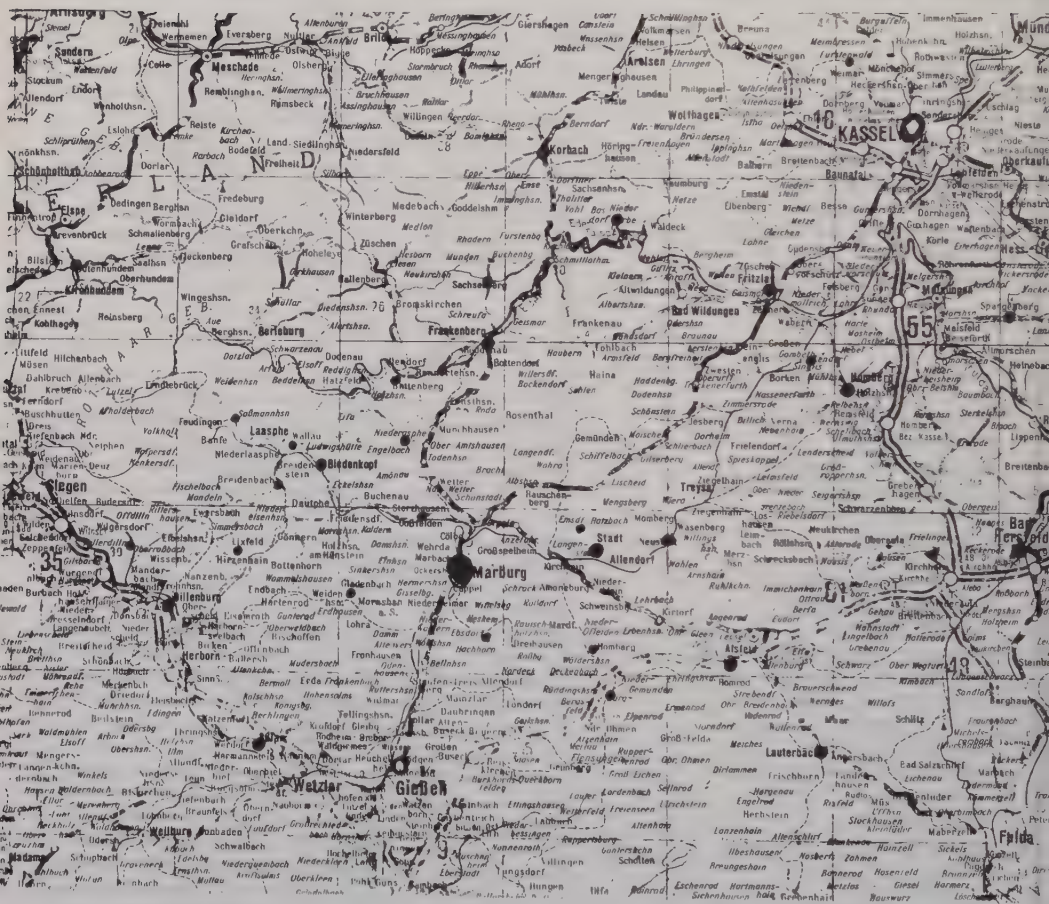
Alter bei Erkrankung des depressiven Elternteiles: *wenige Monate*

Psychosomatische Symptome:

Zusammenhang mit
Erkr.d.Elternteiles

	ja	nein	ja	nein
10. Adipositas				
11. Anorexie				
12. Asthma bronchiale				
13. Erbrechen				
14. Durchfälle				
15. Herzbeschwerden				
16. Kopfschmerzen				
17. Vegetative Dystonie				
18. Andere (ggf. welche:)				
19. Weinerlichkeit		X		
20. Psychomotor. Unruhe		X		
21. Aggressivität		X		
22. Geheertheit		X		
23. phobische Ängste		X		
24. allgem. Ängstlichkeit		X		
25. Pavor nocturnus		X		
26. Schulangst		X		
27. Schulversagen		X		
28. Schulschwänzen		X		
29. Arbeitsbummelei		X		
30. Kontaktarmut		X		
31. Distanzlosigkeit		X		
32. Schlafstörungen		X		
33. Noctambulismus	X		X	
34. Jactationen		X		
35. Nägelbeissen		X		
36. Sprechstörungen		X		
37. Enuresis		X		
38. Enkopresis		X		
39. Appetitstörungen		X		
40. Tics		X		
41. Zwänge		X		
42. Erziehungsschwierigkeiten		X		
43. Fortlaufen		X		
44. Lügen		X		
45. Stehlen		X		
46. Verwahrlosungserscheinungen		X		

Geographische Übersicht über das Einzugsgebiet der von uns untersuchten Familien.



Name:

Adresse:

Alter:

Geschlecht:

Berufsausbildung:

Berufstätigkeit:

Sozialer Status:

Familiäre Belastung:

	monopolar			bipolar			andere psych. Erkr.		
	ja	nein	keine Angabe	ja	nein	keine Angabe	ja	nein	keine Angabe
1. Vater									
2. Mutter									
3. Geschw.									
4. Andere									

Ehepartner:

Alter:

Beruf:

Charakterisierung:

Haltung dem Patienten gegenüber:

Haltung den Kindern gegenüber:

Arbeitshaltung:

Soziale Auffälligkeiten:

Familiäre Situation:

	ja	nein
5. vollständige Familie:		
6. getrennt:		
7. geschieden:		
8. uneheliches Kind (unters. K.):		
9. Stiefkind (untersuchtes K.):		

Alter des untersuchten Kindes bei Trennung bzw. Scheidung:

Erkrankung:

Zahl der depressiven Phasen:

Zahl der manischen Phasen:

Letzte Phase von: bis:

Derzeitiges Befinden

Gesamtzahl der Kinder:

Alter: Geschlecht:

Marburg/L.,

Sehr geehrte(r) Frau (Herr)

Im Jahre wurden Sie in unserer Klinik behandelt.
Zur Zeit untersuchen wir im Rahmen eines umfassenden
wissenschaftlichen Programms die Kinder aller unserer
Patienten, um zu zeigen, daß die bei uns behandelten
Krankheiten keine ungünstigen Auswirkungen auf die
Nachkommen haben.

Ein Mitarbeiter unserer Klinik wird Sie deshalb
am um Uhr besuchen.
Bitte teilen Sie uns auf beiliegender Antwortkarte mit,
ob Sie zu dem genannten Zeitpunkt für uns zu sprechen
sind.

Mit freundlichen Grüßen

T - Werte der MMPI - Skalen

mono- polar		L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	S
	H.G. ♂	30	60	38	41	41	43	53	35	48	61	50	71	62 16J.
	R.T. ♀	39	45	62	52	54	63	56	49	42	45	48	56	41 13J.
a	H.S. ♀	52	48	52	47	41	52	49	49	42	44	43	56	36 17J.
a	R.W. ♀	52	43	56	54	41	58	38	55	32	38	45	54	36 16J.
b	D.W. ♂	43	73	34	49	30	49	49	49	58	49	66	67	56 15J.
a	H.-J.D. ♂	63	40	66	49	44	56	54	47	44	44	45	42	32 14J.
0	F.J. ♂	35	57	45	63	57	58	56	57	55	71	64	49	67 15J.
3	P.D. ♂	45	39	55	40	37	44	43	53	36	49	43	52	42 18J.
4	W.S. ♀	52	61	47	56	61	55	54	41	67	45	59	46	54 16J.
6a	G.F. ♀	43	54	35	51	52	60	44	57	37	45	53	53	63 16J.
6b	Ch.F. ♀	43	65	60	51	52	54	56	67	58	45	55	53	44 13J.
9a	M.N. ♀	52	52	44	47	54	49	46	47	46	52	53	38	58 15J.
26	Ch.S. ♀	39	48	42	41	35	45	28	57	46	42	45	51	43 14J.
24	M.F. ♂	38	49	45	58	64	68	57	47	58	73	72	37	63 14J.
32a	H.A. ♂	70	38	57	49	47	62	47	47	42	53	44	39	48 17J.
32b	F.A. ♂	46	51	68	78	46	72	60	42	47	60	60	45	50 15J.
36	P.H. ♂	50	44	62	51	53	58	50	55	50	60	52	41	48 18J.
37	D.M. ♀	47	46	55	41	46	47	36	59	32	32	41	30	41 15J.
2	M.Sch. ♀	51	41	66	49	33	47	50	49	35	37	44	48	32 16J.
3	Ch.H. ♀	58	57	53	49	52	54	75	31	72	59	62	37	67 16J.
4a	W.F. ♂	46	36	57	43	30	36	47	34	45	46	44	56	50 13J.
5a	B.S. ♀	66	36	57	54	41	46	41	32	44	38	45	62	45 13J.
6a	A.L. ♀	47	43	51	43	39	43	55	49	42	42	48	45	60 15J.
8a	A.M. ♀	28	54	42	47	43	49	46	41	55	45	55	61	34 16J.
8b	U.M. ♀	32	43	49	37	35	40	40	49	52	46	44	51	37 15J.
9a	P.Sch. ♀	46	51	41	40	44	38	37	45	31	38	50	64	62 16J.
9b	M.Sch. ♂	50	47	55	49	41	44	43	42	31	53	58	52	43 15J.

Nr.	mono- polar	L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	Alter
50a	J.H. ♀	67	45	62	51	48	46	40	53	29	39	41	46	30	13J.
51	G.M. ♀	35	39	37	37	39	33	46	41	41	43	41	48	57	14J.
52a	M.Z. ♂	66	38	66	51	51	56	49	52	35	47	53	39	52	13J.
53a	S.F. ♀	63	48	51	49	72	47	48	37	57	52	47	41	57	16J.
55a	J.H. ♀	32	58	35	37	35	42	40	44	44	57	51	55	44	15J.
56	S.B. ♀	35	43	35	43	50	54	60	37	46	45	44	53	53	16J.
57	D.V. ♂	42	48	49	47	46	45	57	40	50	56	64	41	63	15J.
58a	W.St. ♂	38	51	36	43	52	43	37	47	38	49	46	54	51	16J.
59a	D.G. ♂	42	60	43	43	44	52	52	40	55	56	45	62	44	18J.
61	H.Z. ♂	62	42	66	52	48	54	59	32	33	53	57	41	53	17J.
62	R.T. ♀	39	45	53	39	50	35	46	45	37	47	45	46	48	15J.
63	Sch. ♀	39	65	51	51	56	41	56	45	55	45	55	64	40	14J.

	L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Mf	Pa	Pt	Sc
Mittelwerte	46,5	48,8	50,7	48,0	46,3	49,7	48,7	46,1	45,3	48,7	50,9
	Ma	Si									
	49,9	48,9									

	bipolar	L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	
2	J.S. ♀	43	45	53	52	35	54	50	39	30	42	49	66	41	16J.
4	H.-H.W. ♂	50	43	62	54	43	62	45	23	27	51	49	47	47	18J.
22	T.B.-S. ♂	38	49	55	45	44	46	47	64	42	47	45	45	41	16J.
23a	Ch.A. ♀	35	50	52	49	28	50	42	43	42	42	45	82	23	16J.
23b	Th.A. ♂	50	51	51	38	41	52	58	45	38	46	53	54	41	13J.
28	J.V. ♂	46	51	49	52	60	56	49	57	61	57	50	47	60	17J.
29	A.C. ♂	53	45	66	52	35	56	47	62	45	47	46	46	30	13J.
41	S.D. ♀	43	38	62	43	43	37	44	47	35	41	48	43	38	13J.

Mittelwerte	L	F	K	Hd	D	Hy	Pp	Mf	Pa
	44,8	46,5	56,3	48,1	41,1	51,6	47,8	47,5	40,0
	Pt	Sc	Ma	Si					
	46,6	48,1	53,8	41,3					

Für die Unterstützung und freundliche Hilfestellung
bei der Ausarbeitung und Abfassung meiner Doktorarbeit
danke ich Herrn Prof. Remschmidt.

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 2. Februar 1946 in Erlangen geboren als Ältester von später 4 Geschwistern. Mein Vater ist Arzt, meine Mutter Hausfrau. Ich besuchte die Volksschule in Erlangen, Stuttgart und Frankfurt/M und das Gymnasium in Frankfurt/M. Nach dem Abitur im Jahre 1966 begann ich an der Frankfurter Joh. Wolfgang Goethe-Universität Medizin zu studieren. Nach 6 Semestern wechselte ich an die Marburger Philipps-Universität, wo ich im Jahre 1972 das Staatsexamen bestand. Meine Medizinalassistentenzeit verteilte ich auf Marburg (Jugendpsychiatrie), Frankfurt/M (Innere Medizin) und Berlin (Chirurgie). Während der letzten 2 Studienjahre und während der Medizinalassistentenzeit hatte ich einen großen Teil meiner Zeit der Doktorarbeit gewidmet, die ich Anfang 1974 abschließen konnte.

Verzeichnis meiner akademischen Lehrer :

Vorklinik :

Prof.Lindauer (Zoologie), Prof.Egle (Botanik)
Prof.Müser (Physik), Prof.Royen, Prof.Ried (Chemie),
Prof.Starck, Prof.Frick (Anatomie), Prof.Weidler,
Prof.Greven, Prof.Schroeder (Physiologie),
Prof.Heinz, Prof.Seubert (Physiologische Chemie).

Klinik :

Prof.Rotter, Prof.Hort (Pathologie), Prof.Holtz,
Prof.Schmid, Prof.Koransky (Pharmakologie), Prof.Nay,
Prof.Knothe, Prof.Siegert (Hygiene),
Prof.Böhle, Prof.Martini (Innere Medizin),
Prof.Buchholz (Gynäkologie), Prof.Hamelmann (Chirurgie),
Prof.Linneweh (Pädiatrie), Prof.Jacob (Neurologie
u.Psychiatrie), Prof.Stutte (Kinder-u.Jugendpsychiatrie),
Prof.Friedrich (Dermatologie), Prof.Straub
(Ophthalmologie), Prof.Berendes (HNO-Krankheiten),
Prof.Exner (Orthopädie), Prof.Schleyer (Gerichtsmedizin),
Prof.Pirlet (Physikal.Diätet.Therapie), Prof.Mann
(Geschichte der Medizin), Prof.Heß (Strahlenheilkunde),
Prof.Meuser (Zahnheilkunde).

